



Renata Lúcia Gigante

**“Educação Permanente em Saúde para gestores:
qualificação do cuidado e gestão democrática”**

Campinas

2014



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

RENATA LÚCIA GIGANTE

Educação Permanente em Saúde para gestores: qualificação do cuidado e gestão democrática

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Dissertação de Mestrado apresentada à Comissão de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

**ESSE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA
DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA: RENATA LÚCIA GIGANTE
E ORIENTADA PELO PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS**

Assinatura do orientador:

Campinas

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

G367e Gigante, Renata Lúcia, 1964-
Educação permanente em saúde para gestores : qualificação do cuidado e gestão democrática / Renata Lúcia Gigante. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Educação em saúde. 2. Educação permanente. 3. Gestão em saúde. 4. Gestão democrática. I. Campos, Gastão Wagner de Sousa, 1952-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Continuing education in health for managers : qualificatin of care and democratic management

Palavras-chave em inglês:

Health education
Continuing education
Health management
Democratic management

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Gastão Wagner de Sousa Campos [Orientador]
José Maurício de Oliveira
Fernando Cesar Chacra

Data de defesa: 24-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

RENATA LÚCIA GIGANTE

Orientador (a) PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

MEMBROS:

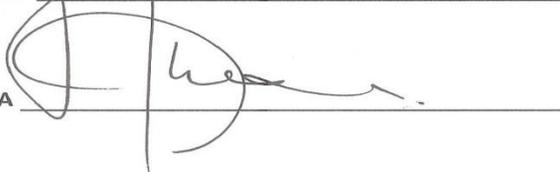
1. PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS



2. PROF(A). DR(A). JOSÉ MAURÍCIO DE OLIVEIRA



3. PROF(A). DR(A). FERNANDO CESAR CHACRA



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 24 de fevereiro de 2014

Agradecimentos

Ao Gastão, pela sabedoria, paciência e apoio durante todo o processo e por confiar em mim, socorrendo-me nos diversos tropeços

Ao José Maurício, sem o qual esse caminho não teria começado, por sustentar comigo a intensidade desse processo

Ao Fernando Chacra, José Maurício e Mariana pelas valiosas contribuições na qualificação

Ao Edson pelo cuidado, generosidade e disposição de me ajudar em qualquer tempo

Ao Everton por pegar na minha mão nos momentos iniciais desse trabalho

À Mônica pela oportunidade de percorrermos junto esse caminho

À Cristiane por atender meus pedidos de ajuda mesmo sendo de última hora

Aos colegas do grupo de pesquisa Apoio Paidéia pelas possibilidades de troca e incentivo constante

Aos profissionais do CETS que me abriram as portas para a participação em diversos espaços

Aos profissionais envolvidos no PEPG-SMS por me acolherem e construírem comigo essa pesquisa

À Mirna, que apesar da larga experiência em processos acadêmicos, soube respeitar meu ritmo de aprendizado

À Beatriz, por suportar minhas ausências físicas e emocionais e desconsiderar
meu humor oscilante durante todo o percurso

Nesse estudo objetivamos analisar processos de Educação Permanente (EP) em Saúde para gestores da rede municipal de Campinas/SP, com a intenção de verificar as contribuições da EP, percebidas pelos envolvidos, na qualificação de suas práticas gestoras. Teve como universo da pesquisa os serviços públicos de saúde de Campinas, particularmente o Distrito de Saúde Sul.

Para atingir os objetivos, realizou-se um estudo com abordagem metodológica qualitativa, composto com três estratégias metodológicas: análise documental, observação participante do processo de EP e grupo focal com os envolvidos. Os materiais produzidos em campo foram analisados através da construção de narrativas. Utilizou-se abordagem construtivista que buscou não somente compreender o contexto, mas também propor alternativas e buscar soluções.

O conjunto do material mostra que os programas de educação permanente em saúde para gestores desenvolvidos contribuíram com a continuidade do processo de amadurecimento dos gestores. Com relação à incorporação da prática da educação permanente nas unidades, os gestores percebem-se mais potentes na interlocução dialógica com a equipe, superando uma postura normativa e adotando uma postura interativa na relação gestor-equipe. A capilarização da EP para as unidades de saúde se deu de forma singular sendo que o enfoque recaiu mais no *modo* de operar do que na tentativa de *reprodução do vivido*. Embora a abordagem metodológica tenha partido da leitura e problematização da realidade, os gestores sentiram falta de um aporte teórico que desse suporte, junto com a troca de experiências para solucionar os problemas da prática gestora.

Destacamos ao final o reconhecimento de todos os atores participantes do estudo da importância dos processos educativos realizados para preservação de espaços coletivos com vistas à democratização da gestão.

Palavras chaves: Educação em saúde, Educação permanente, Gestão em saúde, Gestão democrática.

In this study, we aimed to analyze the process of Continuing Education (CE) in Health, for managers from the municipal health system of Campinas / SP to verify the contributions of CE perceived by the individuals involved in qualifying their management practices. The research universe was the public health services of Campinas, particularly the Southern Health District.

To achieve the objectives, we performed a study with a qualitative methodological approach consisting of three methodological strategies: document analysis, participant observation of the CE process, and a focus group with the individuals involved. The materials produced in the field were analyzed by constructing narratives. We used a constructivist approach that aimed to not only understand the context, but also propose alternatives and find solutions.

The material shows that the programs of continuing education in health developed for managers contributed for continuing the maturation process these professionals. Regarding the incorporation of the CE practices at the units, managers feel the powerful effects of dialogue with the team, overcoming a normative approach and adopting an interactive attitude in the relationship manager-staff. The capillarity of the CE for the health units occurred in a natural and continuous way, and the focus was more on *how to operate* than the attempt to *reproduce the lived experience*.

Although the methodological approach has been from the reading and problematization of the reality, managers felt the lack of a theoretical basis that supported along with the exchange of experiences to solve the problems of the management practice.

At the end, we emphasize for all the actors involved in the study the importance of educational processes to preserve collective spaces aimed to the democratic management.

Keywords: Health education, continuing Education, Health management, democratic management

Lista de abreviaturas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS – AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CECO – Centro de Convivência

CETS – Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde de Campinas

CIES – Comissão de Integração Ensino Serviço

CGR – Colegiado Gestor Regional

COAP - Contrato organizativo de Ação Pública

COVISA – Coordenadoria de Vigilância em Saúde

EP – Educação Permanente

GERUS – Curso de Gerenciamento para Gestores de Unidades Básicas de Saúde

HAS/DM – Hipertensão Arterial Sistêmica/Diabetes Mellitus

HMMG – Hospital Municipal Dr. Mário Gatti

IBGE – Instituto Brasileiro de

ICSAP – Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária

INAMPS – Instituto Nacional de Atenção Médica e Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PA – Pronto Atendimento

PET-SAÚDE – Programa de Educação para o Trabalho na Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PEPG-SMS – Programa de Educação Permanente para Gestores da Secretaria Municipal de Saúde

PRO-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

RENASES - Relação Nacional de Serviços de Saúde

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

Lista de quadros e figuras

Quadros

Quadro 1: Unidades de Saúde do SUS Campinas, por tipo e quantidade (pág. 27)

Quadro 2: Evolução das despesas com saúde – SUS Campinas 2004 à 2012
Despesa total com saúde por ano – administração direta. (pág. 28)

Quadro 3: Evolução de nº de servidores da Prefeitura de Campinas lotados na
Secretaria Municipal de Saúde (exceto HMMG). (pág. 28)

Quadro 4: Encontros presenciais realizados no Coletivo do Distrito de Saúde Sul
com principais temas abordados e atividades de dispersão pactuadas (pág. 75)

Figuras

Figura 1: Distribuição territorial dos Distritos de Saúde em Campinas (pág. 25)

Figura 2: Eixos territoriais do Distrito de Saúde Sul (pág. 31)

Figura 3: Caracterização do Território do Distrito de Saúde Sul (pág. 32)

Introdução	19
1. Campinas e a complexidade do sistema de saúde.....	21
1.1 O município de Campinas - breve resgate e características atuais...21	
1.2. Organização da Secretaria Municipal de Saúde	22
1.3. O Distrito de Saúde Sul – características e organização gerencial..30	
2. Formação de pessoal para o SUS.....	35
2.1. Bases legais e legítimas	35
2.2 A mudança de lógica na formação	40
3. A pesquisa. Percurso Metodológico	47
4. Resultados e discussão.....	61
4.1 A entrada em campo.....	62
4.2 Educação Permanente para gestores 2005/2010.....	64
4.3 Educação Permanente para gestores 2011/2012.....	71
5. Considerações finais.....	97
6. Referências Bibliográficas	101
7. Anexos	107
Anexo I.....	107
Anexo II.....	108
Anexo III.....	109
Anexo IV.....	116
Anexo V.....	122

Anexo VI.....130

Introdução

A principal motivação para a definição da temática do presente estudo foi a trajetória profissional por mim percorrida. A vivência como gestora e o progressivo envolvimento com processos educacionais em serviços de saúde instigaram-me a definir, como tema de pesquisa, as relações entre Educação Permanente em Saúde e a construção de práticas gestoras democráticas.

Em minha primeira atividade profissional, como enfermeira de um Centro de Saúde em Juquiá, no Vale do Ribeira, assumi a tarefa e o desafio de capacitar a equipe de enfermagem para a realização do cuidado. Desde então, a formação de profissionais em serviço tem permeado minhas atividades.

Em Campinas, tive a oportunidade de participar da autoria e construção do Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio para o Setor Saúde, que visava qualificar e profissionalizar o enorme contingente de profissionais de enfermagem sem formação nas décadas de 80 e 90.

Naquele momento, o principal objetivo era formar profissionais que atuavam há anos nos serviços de saúde, para que fossem capazes de refletir sobre sua prática e qualificá-la. Para dar conta desse desafio, o projeto adotou a metodologia construtivista como base para o desenvolvimento curricular, tendo, na teoria educacional de Paulo Freire, seu principal referencial teórico.

Meu interesse pelo tema ganhou corpo na medida em que passei a assumir atividades gerenciais em unidades de saúde, no nível local, regional e municipal.

Nessa trajetória como educadora, o contato com a perspectiva freireana fez com que meus questionamentos passassem de “como capacitar” e “capacitar para quê” para “como refletir sobre, e a partir da prática para transformar a realidade”. Os processos de gestão e sua implicação com novos modos de produção da atenção à saúde converteram-se assim, por similaridade, em tema de grande interesse.

A experiência de sete anos na Área de Desenvolvimento de Pessoal do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti introduziu outros ingredientes nesse processo de

amadurecimento. Essa Área tem como foco o fomento à grupalidade; a implementação do trabalho em equipe e a corresponsabilização do trabalhador com o trabalho, visando qualificar a gestão e o cuidado prestado no hospital e na rede de serviços do SUS Campinas. A implicação dos sujeitos (trabalhador e usuário) nesse processo e a percepção do trabalho como um dos caminhos necessários à própria constituição do Sujeito passaram a compor o universo de preocupações.

Atualmente, desenvolvo minhas atividades profissionais no Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, na Área de Ensino e Pesquisa. O hospital compõe o sistema de saúde municipal, localiza-se no Distrito de Saúde Sul e tem como uma de suas diretrizes o fortalecimento do trabalho em rede, valorizando a interface do hospital com os serviços do município, em especial com o Distrito de Saúde Sul, com o qual desenvolve vários projetos visando a articulação do sistema e a integralidade do cuidado.

De maneiras diversas e de forma não linear, essas questões foram fazendo parte da minha prática profissional. Ao mesmo tempo em que presencio inúmeras propostas, projetos e iniciativas de mudança na área de educação para a saúde e as dificuldades para implantá-las, questiono-me sobre a insuficiência das metodologias educacionais tradicionais para a transformação do processo de trabalho, qualificação da atenção e construção de práticas gestoras democráticas.

A oportunidade de aprofundamento do estudo nessa vertente apresentou-se em 2010, quando a Secretaria de Saúde propôs a realização de um Programa de Educação Permanente de Gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas – PEPG – SMS, com a finalidade de ampliar a capacidade gestora e os graus de corresponsabilização de trabalhadores e gestores dos vários níveis de atenção à saúde, visando qualificar a assistência e fortalecer redes de atenção solidárias, humanizadas, eficientes e efetivas.

Em sua versão inicial, o projeto não incluía gestores do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. A Área de Ensino e Pesquisa do hospital sugeriu e desenvolveu esforços junto ao Distrito de Saúde Sul e ao CETS (Centro de Educação de

Trabalhadores de Saúde, da SMS de Campinas) para a inclusão de 10 gestores do hospital no programa de capacitação, no que foi prontamente atendida.

Por perceber uma confluência de interesses com a minha trajetória e atual inserção profissional, tomei como objeto de pesquisa o PEPG – SMS.

1. Campinas e a complexidade do Sistema de Saúde

1.1. O município de Campinas – breve resgate e características atuais

O município de Campinas é o terceiro município mais populoso do Estado de São Paulo. Localiza-se na região oeste do estado e situa-se a 100 km da capital. Sua origem está ligada à abertura de caminhos para o sertão de Goiás e Mato Grosso (NASCIMENTO, 2006). Em seus primórdios, estabeleceu-se através de atividade econômica baseada na agricultura da cana de açúcar e posteriormente na cultura cafeeira, sendo que a região, em 1860 se destacava como a maior produtora de café do estado (MALVEZZI, 2010).

No início do século XIX, a cidade passa por transformações econômicas, assumindo característica urbana e predominantemente industrial, com acelerado crescimento populacional. Atualmente a taxa de urbanização da cidade é de 98,28%, superior à média dos municípios da região que é de 96, 89%¹. Desde então a cidade vem se desenvolvendo e ampliando sua participação na indústria nacional, passando a se constituir como um dos principais pólos manufatureiros e tecnológicos do país (MALVEZZI, 2010). Na década de 90, o setor industrial da cidade perde importância, dando lugar ao setor de serviços como o comércio, pesquisa, serviços de alta tecnologia e empresas na área de logística.

Conforme a estimativa populacional do IBGE em 2012, a cidade possui atualmente 1.098.630 habitantes ocupando uma área de 795,7 Km². É o pólo de uma região metropolitana composta por 19 municípios com cerca de 2,8 milhões

¹ Relatório Anual de Gestão 2011 da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, disponível em <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>. Acesso em 15 de agosto de 2013.

de habitantes, distribuídos em 3.647 km². A região é uma das mais dinâmicas no cenário econômico brasileiro e representa 1,7% do PIB (produto interno bruto) nacional e 7,83% do PIB paulista. O PIB per capita de Campinas em 2009 foi de 29.731,98, acima da média do estado que é de 26.202,22¹. O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) da Região Metropolitana é de 0,835, considerado elevado, sendo 0,852 o de Campinas.

Além do potencial econômico, Campinas possui um amplo sistema viário e alta capacidade técnico-científica, concentrando várias universidades e institutos de ensino e pesquisa.

Campinas abriga, no entanto, como a maioria dos centros urbanos, um contingente populacional de baixa renda, morador da periferia da cidade e com carências sociais em áreas como habitação, transporte, saneamento, educação e saúde (MICHELONI, 1999). A proporção de moradores de domicílios particulares permanentes em situação de extrema pobreza em 2010 é de 2,17%, valor que está acima da taxa da região (1,69%) e abaixo da taxa do Estado (2,63%), sendo que Campinas e Monte Mor elevam a média da região.

As condições econômicas, políticas e sociais influenciaram a implantação e desenvolvimento da política de saúde no município que tem uma longa e rica história de avanços na área, sendo pioneiro na implantação do SUS (NASCIMENTO, 2006).

1.2. Organização da Secretaria Municipal de Saúde

A Secretaria de Saúde de Campinas foi criada em 1968, a partir da lei municipal nº 3.707 que a desmembra da Secretaria de Ação Social. Nascimento, Correia e Nozawa (2007), em estudo que reconstitui a história da rede básica de saúde no município de Campinas, resgatam como a organização do sistema de saúde da cidade reflete e, às vezes até antecipa a própria construção do Sistema Único de Saúde – SUS.

Na década de 70, em decorrência da industrialização, ocorre um intenso fluxo migratório e conseqüente aumento populacional, especialmente na periferia de Campinas, acarretando o crescimento do número de favelas e evidenciando a falta de infraestrutura urbana e de condições adequadas para a assistência à saúde da população.

Em consonância com o resto do país, o movimento popular de saúde se faz presente em Campinas e aliado aos profissionais da saúde e a um movimento encampado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (NASCIMENTO, 2006) impulsiona avanços na organização dos serviços de saúde.

Para dar continência a essa situação a Secretaria de Saúde, tendo à frente o médico Sebastião de Moraes, amplia a rede de postos de saúde, na perspectiva do modelo de Medicina Comunitária e da participação popular. A partir de 1977, Campinas implantou, juntamente com Londrina, Niterói e Montes Claros, um projeto piloto de atenção alternativa, contribuindo para o processo da Reforma Sanitária Brasileira (NASCIMENTO, 2006).

No final da década de 70, o município tinha aumentado significativamente o número de unidades de saúde nas áreas periféricas da cidade, reforçando a história de participação da cidade no movimento de construção de um sistema de saúde participativo. Em 1978, Campinas foi sede do primeiro Encontro Municipal de Saúde da Região Sudeste, reunindo representantes de 61 municípios de várias regiões do Brasil. Dentre as reivindicações do encontro, estava o aumento do gasto do orçamento municipal com saúde e a formulação de mecanismos de participação dos municípios na elaboração da política nacional de saúde

Nascimento, Correia e Nozawa (2006), afirmam que Campinas continuou se destacando na busca de qualificação do sistema de saúde, assinando, em 1984, o convênio AIS - Ações Integradas de Saúde proposto pelo então governo federal . Em 1987, com vistas à municipalização, assinou o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Em 1989, a nova gestão da SMS, adotou como prioridade a ampliação da rede de serviços e a reforma da gestão e do modelo de

atenção à saúde. Priorizou a recuperação, otimização, ampliação e adequação técnico-assistencial do setor público do município; realizou concurso público para todas as categorias profissionais, com a criação dos respectivos cargos de provimento, municipalizou os Postos de Atendimento Médico do INAMPS e regulamentou o Conselho Municipal de Saúde.

Data dessa época, a criação de instâncias organizativas denominadas Diretorias Regionais de Saúde I, II e III, compostas por equipe multiprofissional, alocada na SMS com a função de apoiar as equipes locais na implantação do plano de saúde nos moldes propostos pelo modelo de atenção e gestão municipal. Essas diretorias regionais foram o embrião do processo de descentralização do município em Distritos Regionais de Saúde ocorrida na década de 90.

Já como trabalhadora da Secretaria Municipal de Saúde, tendo atuado como enfermeira e coordenadora de uma das unidades básicas de saúde, o Centro de Saúde São José, fui convidada a compor a Diretoria Regional de Saúde III, que corresponde hoje às regiões referentes aos distritos Sudoeste e Noroeste. A distritalização propriamente dita se consolidou em 1997.

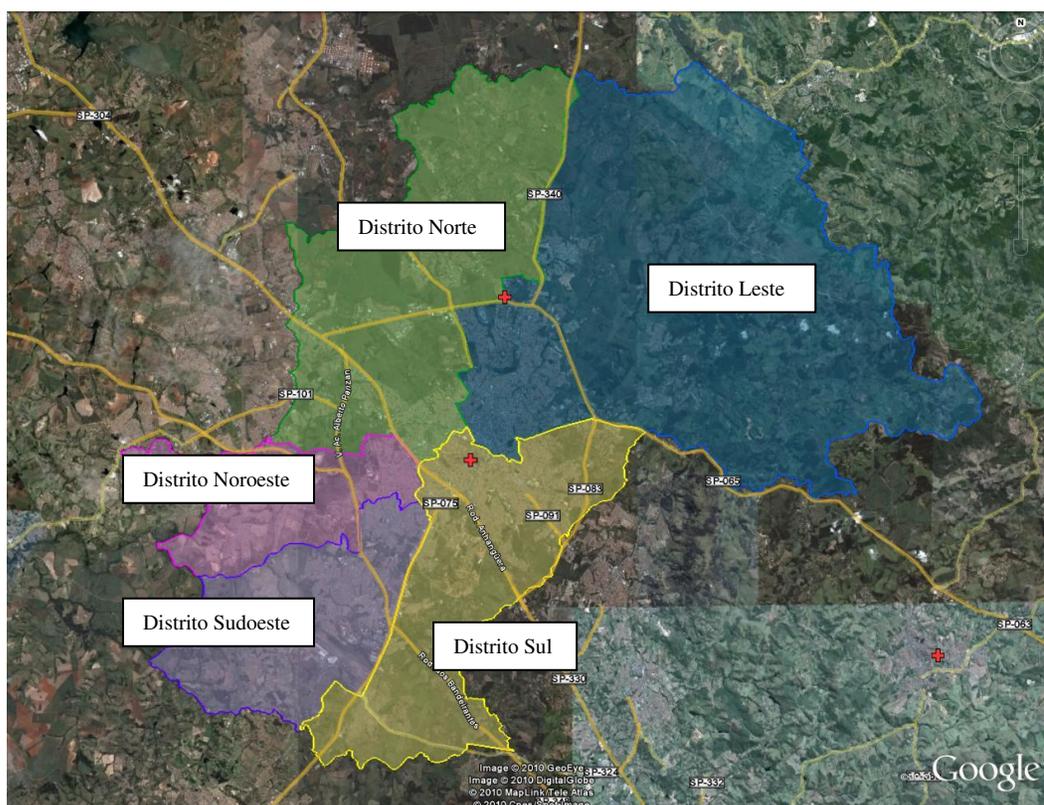
No início da década de 90, ocorreu a implantação do SUS. Nessa década, a SMS fez investimentos importantes em formação de pessoal, com o Projeto Larga Escala destinado à qualificação dos auxiliares de saúde pública e à formação para Gerentes de Unidade de Saúde - GERUS, em nível de especialização, além da discussão e implantação de protocolos assistenciais nas diversas áreas.

Nos anos subsequentes, deu-se a expansão da rede municipal, incluindo-se não só o aumento do número de serviços, mas também a diversidade e a complexidade das ações ofertadas. Além das tradicionais ações da Atenção Básica, foi se estruturando uma rede de retaguarda para os exames laboratoriais e de imagem, bem como Ambulatórios de Especialidades, Unidades de Pronto Socorro e Assistência Hospitalar. (MALVEZZI, 2010).

A complexidade do sistema de saúde em Campinas levou a um processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da saúde para áreas com cerca de 200.000 habitantes, a distritalização (Figura 1). Iniciou-se com a

atenção básica, seguida pelos serviços de atenção especializada próprios e posteriormente, pelos serviços conveniados/contratados. Esse processo exigiu envolvimento e qualificação progressivos das equipes distritais e representou grande passo na consolidação da gestão plena do sistema no Município. Hoje, existem cinco Distritos de Saúde em Campinas: Norte, Sul Leste, Noroeste e Sudoeste.

Figura 1: Distribuição territorial dos Distritos de Saúde em Campinas



Em 2001, a gestão municipal lançou o Projeto Paidéia de Saúde da Família. O programa partia de um diagnóstico segundo o qual a rede de serviços de saúde de Campinas apresentava unidades que ofereciam à população atenção ao adulto, à criança e à mulher, saúde mental e bucal, além de razoável apoio na área de diagnóstico por imagens e laboratório e ampla distribuição de medicamentos. No entanto, identificaram-se problemas relativos tanto à falta de infraestrutura como a carência de um modelo de atenção e gestão que desse conta de responder aos objetivos da atenção primária, conforme descrito á seguir:

“Há filas, espera, sobrecarga de trabalho e dados que indicam a incapacidade desse sistema absorver a demanda ou mesmo atender às necessidades básicas de saúde. A maior parte da demanda ambulatorial ainda é atendida em PSs ou PAs e não pelas Equipes Locais; há pouco trabalho de promoção à saúde e baixa capacidade de atenção no domicílio ou na comunidade. O acesso está burocratizado em grande parte da rede, praticando-se uma clínica com baixa capacidade de resolver problemas de saúde. Há pouca educação em saúde e investe-se pouco em ampliar a autonomia e capacidade de auto cuidado dos pacientes e comunidades. As Equipes Locais são multiprofissionais, mas trabalha-se de maneira isolada, vertical, havendo grande dificuldade em se criar processo de trabalho interdisciplinar.” (CAMPINAS, 2001)

Como proposta para o enfrentamento dessas questões, o Programa Paidéia de Saúde da Família propunha a implantação das seguintes diretrizes básicas: Clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local; cadastro de saúde da população e vinculação de famílias à Equipe Local de Referência; Acolhimento e Responsabilização; Sistema de co-gestão e Capacitação.

Considerando as características epidemiológicas e históricas de Campinas, além da capacidade instalada de equipamentos de saúde, o programa previa uma adaptação do programa de saúde da família nacional com a reorganização dos Centros de Saúde, que passariam a trabalhar com dois modelos básicos, sendo um com a equipe de referência clássica (composta por médico de família, enfermeiro, agente de comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, dentista e ACD/THD) e outro com uma equipe ampliada que incorporava também o pediatra e o gineco-obstetra. As Equipes Locais de Referência seriam responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias e passaram a contar com Equipes de Apoio (Equipe Matricial), encarregadas de cooperar com as primeiras em áreas específicas, como saúde mental, saúde coletiva, reabilitação, entre outras. (CAMPINAS, 2001).

Com relação à gestão, além da ênfase na democratização e no controle social, foram instituídas equipes de apoiadores, tanto nos distritos como nos Departamentos da SMS que deveriam somar esforços junto às equipes locais para a mudança do modelo de atenção e gestão.

Nesse período, o Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde - CETS desenvolveu dois extensos programas de capacitação: um para as equipes de referência e outro específico para os agentes comunitários de saúde (NASCIMENTO, 2006). O modelo pedagógico proposto foi o construtivista, prevendo-se momentos de concentração e dispersão, buscando a lógica embutida no conceito Paidéia: o desenvolvimento integral do ser humano e considerando instituições que cumprissem funções pedagógicas e de reconstrução da subjetividade das pessoas.

A construção do projeto Paideia não foi consensual, particularmente, entre antigos gestores do SUS/Campinas. Esse conflito arrastou-se pela primeira década do século XXI, repercutindo, inclusive, no processo de EP para gestores objeto dessa pesquisa.

Percebe-se através desse breve relato que Campinas sempre ocupou lugar de destaque no cenário nacional da construção das políticas de saúde.

Atualmente, o SUS Campinas assumiu um conjunto de responsabilidades com a Saúde, conta com uma complexa rede de Serviços de Saúde próprios e conveniados sob gestão municipal e instâncias de Gestão e Controle Social, conforme mostra o quadro 1.

Quadro 1 – Unidades de Saúde do SUS Campinas, por tipo e quantidade.

Tipo de Unidade	Quantidade
Unidade Básica de Saúde	62
Ambulatório de Especialidades Médicas	04
Centro de Referência	06
Centro de Atenção Psicossocial	11
Centro de Especialidades Odontológicas	02
Serviço de Atendimento Domiciliar	04

Unidade de Pronto Atendimento	04
Unidade de Pronto Socorro	04
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	01
Hospital Municipal	02
Hospital Universitário conveniado	01
Hospital Filantrópico conveniado	03
Laboratório Municipal de Análises Clínicas	01
Farmácia de Manipulação	01
Farmácia Popular do Brasil	02

Fonte: Sítio Institucional da Secretaria de Saúde de Campinas, 2013.

Com relação aos recursos financeiros, Campinas vem sistematicamente investindo recursos próprios do tesouro municipal além do percentual legal exigido como mostra o quadro 2. Nos últimos 10 anos, a média das despesas com saúde ultrapassa 24% do orçamento municipal.

Quadro 2 – Evolução das despesas com saúde – SUS Campinas 2004 à 2012
Despesa total com saúde por ano – administração direta

Ano	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
% mínima constitucional	15	15	15	15	15	15	15	15	15
% aplicada Campinas	21,17	22,91	22,81	22,78	26,41	27,23	23,56	25,20	26,89

Fonte: Sítio institucional da SMS Campinas: relatório prestação de contas 2012, acesso em 15 de agosto de 2013

No quadro abaixo apresentamos a evolução do número de servidores da SMS de 2006 a 2012.

Quadro 3 – Evolução de nº de servidores da Prefeitura de Campinas lotados na Secretaria Municipal de Saúde (exceto HMMG).

	DEZ 2006	DEZ 2007	DEZ 2008	DEZ 2009	DEZ 2010	DEZ 2011	DEZ 2012
PMC	3790	3728	4530	4320	4176	4390	4686

Fonte: Sítio institucional da SMS Campinas: RAG 2012, RAG - Evolutivo de Profissionais. Disponível em <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>. Acesso em ago. de 2013.

Respeitando os princípios do SUS, existe ainda o Conselho Municipal de Saúde, os Conselhos Distritais de Saúde e os Conselhos Locais de Saúde, que são instâncias deliberativas de seus respectivos níveis institucionais, que autorizam, acompanham e fiscalizam as realizações da Secretaria Municipal de Saúde.

Durante o período de realização do PEPG-SMS a Prefeitura Municipal de Campinas passou por uma grave crise política após o Ministério Público Estadual denunciar um esquema de corrupção envolvendo funcionários do alto escalão da administração municipal. A crise acarretou a cassação, em 20 de agosto de 2011, do então prefeito municipal Dr. Hélio de Oliveira Santos. Com a saída do prefeito, o cargo passa a ser ocupado pelo vice-prefeito Demétrio Vilagra.

Em meio a uma onda de denúncias de improbidades administrativas, amplamente divulgadas na imprensa, Campinas passa a viver um período de instabilidade política com sucessivas trocas de prefeitos.

No dia 21 de outubro de 2011 Demétrio Vilagra também é afastado do cargo. Pedro Serafim Júnior, presidente da Câmara Municipal, assumiu interinamente a chefia do Poder Executivo de Campinas, permanecendo no cargo até 3 de novembro do mesmo ano, quando uma liminar do tribunal de justiça de São Paulo reconduziu Demétrio Vilagra ao cargo. Em 21 de dezembro de 2011 Pedro Serafim Júnior assume pela segunda vez, interinamente o cargo de prefeito, quando Demétrio Vilagra é cassado pela Câmara Municipal por atuação incompatível com o decoro do cargo pelo seu suposto envolvimento no mesmo esquema de corrupção denunciado pelo Ministério Público Estadual. Em 10 de abril de 2012 foi realizada uma eleição indireta para prefeito. Os vereadores elegeram Pedro Serafim Júnior para o mandato-tampão até 31 de dezembro de 2012.

As mudanças na macro gestão municipal acarretaram alterações na Secretaria de Saúde que no mesmo período trocou de secretário duas vezes e realizou várias substituições de cargos no segundo escalão. A instabilidade político administrativa foi reiteradamente apontada pelos gestores durante a fase empírica da atual

pesquisa com reflexos que vão desde a paralisia das atividades à perda de governabilidade da Secretaria de Saúde no núcleo de governo.

1.3. O Distrito de Saúde Sul

Cabe aos Distritos de Saúde, por meio de sua equipe de gestores, no âmbito de seu território, a articulação regional e administração dos recursos alocados nas unidades de saúde que prestam serviços à população. Apesar de serem uma instância intermediária, seus objetivos, contudo, não se distanciam daqueles estabelecidos para todo o município: identificar as necessidades de saúde da população, quantificar a capacidade de oferta necessária, qualificar esta oferta e estabelecer mecanismos e instrumentos para a regulação e avaliação deste processo (MALVEZZI, 2010).

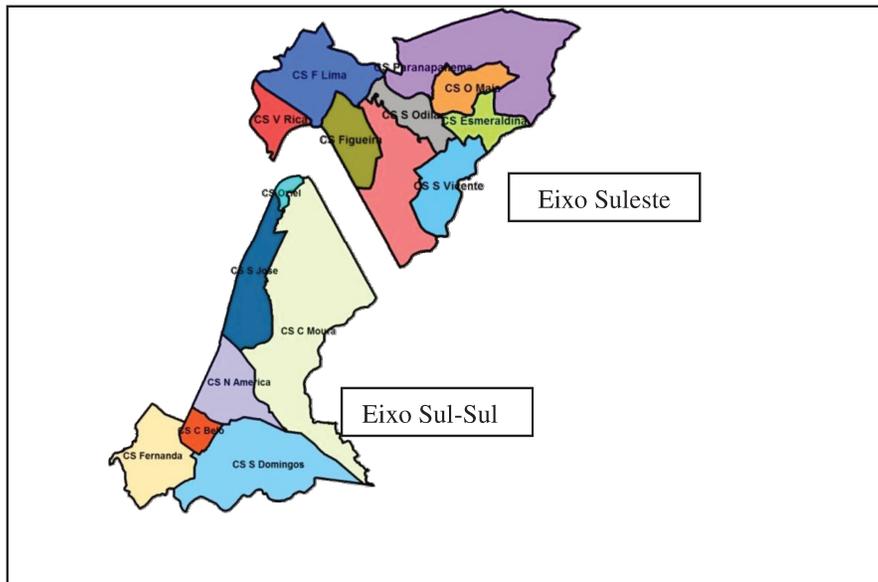
O Distrito de Saúde Sul possui uma área de 127,7 Km², sendo o maior Distrito de Saúde do município em contingente populacional (Segundo o IBGE a população em 2010 era de 280.353 hab), número de serviços de saúde, número de trabalhadores da saúde, SUS dependência, número de consultas em Clínicas Básicas, atendimentos odontológicos, número de nascidos vivos e número de óbitos.

O Distrito é dividido em áreas de cobertura de 16 Centros de Saúde que atende em média 20 mil habitantes cada. Oferece atendimento nas áreas de clínica geral, pediatria, ginecologia-obstetrícia, odontologia e assistência de enfermagem, vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, bem como ações de prevenção e promoção em saúde. Essas atividades são desenvolvidas na lógica de equipes de referência da saúde da família (equipes ampliadas), de forma que cada equipe se responsabilize por uma micro-área da área de cobertura da unidade, tendo como norte as diretrizes do SUS e a implementação das estratégias e dispositivos da Política Nacional de Humanização.

Devido a grande extensão territorial da região sul e a necessidade de se garantir um apoio mais efetivo às equipes locais, a organização do processo de trabalho

das equipes se dá através da subdivisão do distrito em 2 eixos: Eixo Sul-Sul e Eixo Suleste (Figura 2).

Figura 2: Eixos territoriais do Distrito de Saúde Sul



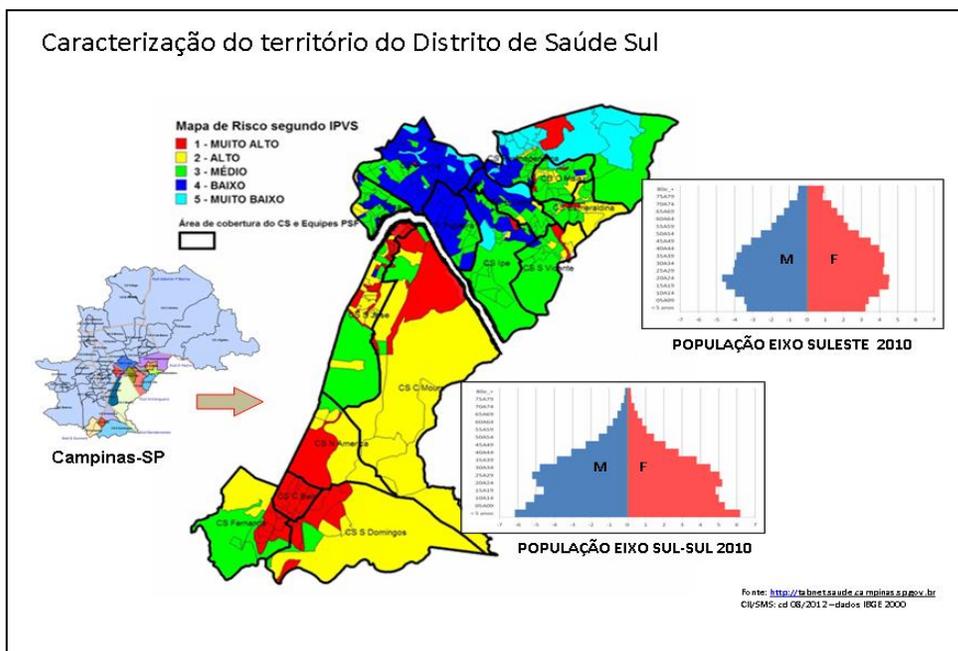
Fonte: Distrito de Saúde Sul

Esses eixos têm características sócio-econômicas e epidemiológicas bem distintas.

Eixo Suleste

Apresenta uma estrutura populacional diferenciada com menores contingentes populacionais nas faixas etárias menores de 5 anos e uma expectativa de vida maior em relação ao eixo sul-sul. Esse eixo tem como primeiras e segundas causas de morte, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias, respectivamente.

Figura 3: Caracterização do Território do Distrito de Saúde Sul



Eixo Sul-Sul

Caracteriza-se por uma população jovem, oriunda de processos migratórios acelerados das últimas décadas, que ocuparam áreas periféricas da cidade, com carência de infraestrutura urbana. Apresenta maior índice de pessoas vivendo em aglomerados subnormais. Embora a primeira causa de morte na região seja as do aparelho circulatório, as causas externas já ocupam o segundo lugar nas taxas de mortalidade da região, o que explica a diminuição da população economicamente ativa que aparece na pirâmide populacional.

Com relação à atenção especializada, o distrito tem como referência 02 ambulatórios de especialidades, 01 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), 01 CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas), 03 CECOs (Centro de Convivência), 01 Pronto Atendimento, 01 SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) e a Coordenadoria Distrital de Vigilância à Saúde. O Hospital Municipal Dr. Mário Gatti situa-se no território do Distrito de Saúde Sul, servindo de retaguarda para internações, atendimento de urgência/emergência e atendimento ambulatorial especializado.

Estrutura gerencial

No que tange à estrutura gerencial, o Distrito de Saúde Sul conta com um coordenador e uma equipe composta por 15 apoiadores de diversas categorias profissionais e estrutura administrativa.

Os apoiadores, além de acompanhar a implantação do projeto institucional em uma ou mais unidades de saúde, assumem a responsabilidade pelo desenvolvimento e implementação de projetos e/ou áreas específicas, como o planejamento, área de saúde bucal, saúde mental, saúde integrativa, saúde da mulher, saúde do adulto, acompanhamento do comitê de mortalidade infantil, projeto Gestão da Clínica, entre outros.

Cada unidade de saúde tem um coordenador gerencial. As unidades maiores como o PA São José e a Policlínica II contam com uma dupla de coordenadores. Todas as unidades possuem Conselho Local de Saúde estruturado conforme preconizado pelo SUS, sendo que, a nível distrital funciona o Conselho Distrital de Saúde.

A equipe gestora se reúne semanalmente em um Colegiado Gestor composto por todos os gestores de unidades, os apoiadores e o coordenador distrital. O Colegiado Gestor Distrital tem função deliberativa nas questões locais e regionais relacionadas à saúde. O coordenador distrital tem assento, juntamente com os coordenadores dos outros 04 Distritos da Saúde da cidade no Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde. Em termos gerais o Distrito tem alta governabilidade relacionada à organização dos processos de trabalho e baixa governabilidade nas questões estruturais por não possuir dotação orçamentária e nem autonomia de contratação de pessoal ou de compra de materiais e serviços.

As descrições encontradas sobre a definição das atribuições gerenciais se referem ao período administrativo 2001/2004, na vigência do Projeto Paidéia de Saúde da Família, que aposta na gestão participativa como forma de construir eficácia e eficiência além de democratizar o poder, motivar e educar os trabalhadores. Opera com a ideia de um sistema de co-governo, em que os espaços coletivos devem ser considerados deliberativos e tomar decisões no âmbito de seu governo e em

conformidade aos contratos e diretrizes definidas. Nessa época e com essa lógica as equipes dos Distritos passaram a funcionar com Apoiadores Institucionais.(CAMPINAS, 2001).

2. Formação de Pessoal para o SUS

2.1 Bases legais e legitimadas

A responsabilidade da gestão do SUS com a formação e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde está formalizada tanto nos textos legais de institucionalização do sistema como nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, principal instância nacional de manifestação dos interesses sociais e da cidadania na área da saúde (CECCIM, ARMANI e ROCHA, 2004).

Ribeiro e Motta (1995) ao discutirem a educação permanente como estratégia para a reorganização dos serviços de saúde, mostram que a preocupação com a educação no setor saúde aparece nas Conferências Nacionais de Saúde desde suas primeiras formulações, ainda que de maneira vaga e pouco estruturada com relação às questões metodológicas, organizacionais e estratégicas. Da I à V conferência, o tema foi abordado à partir de considerações gerais relativas à formação superior, principalmente de médicos e preparação de pessoal de nível técnico, com treinamento em serviço. O termo educação continuada aparece pela primeira vez na VI Conferência Nacional de Saúde em 1977, relacionado à necessidade de manter a inclusão de novos conhecimentos à carreira de sanitarista.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é considerada um marco na reformulação da Política Nacional de Saúde brasileira. Com relação à política de pessoal foi sugerida a adoção dos seguintes princípios: capacitação e reciclagem permanente de recursos humanos e formação de profissionais de saúde integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde

Com relação ao tema, a Constituição Nacional de 1988, prevê no artigo 200º:

“Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da Lei:

III - ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde;

...

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico.”

A Lei Federal 8.080 (1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, explicita a ação educacional como atribuição dos órgãos de gestão do SUS em diversos artigos (06º, 14º, 15º e 27º e 30º), abrangendo aspectos relativos à:

- formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, incluindo formulação e execução de programas que envolvam tanto a certificação/habilitação profissional quanto a educação continuada;
- realização de pesquisas e de estudos na área da saúde, com produção de conhecimentos científico e tecnológico, informações e atualização técnico-profissional;
- disponibilização dos serviços de saúde como campos para o ensino e a pesquisa, logo, locais de ensino-aprendizagem que expressam a indissociabilidade dos papéis de gestão e formação no âmbito direto do SUS;

A lei prevê ainda a constituição de Comissões Permanentes com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias tanto para a formação e educação continuada como para a pesquisa além de legislar que essas atribuições devem ser realizadas articuladamente entre as diferentes esferas de governo e em cooperação técnica com instituições de ensino.

A IX Conferência Nacional de Saúde realizada em 1996, que foi a primeira após a promulgação da lei orgânica da saúde, recomenda que para a implementação do SUS, os gestores devam assegurar uma política de formação e capacitação de recursos humanos articulada com órgãos formadores, garantir escolas de formação para os trabalhadores da saúde, destinar recursos orçamentários para o desenvolvimento e formação de pessoal, criar núcleos de recursos humanos com

atividades administrativas e de desenvolvimento, além de manter e ampliar vagas para residência médica e de outros profissionais de saúde.

As recomendações da IX Conferência (1992) ressaltam que o desenvolvimento dos trabalhadores deve estar inserido na gestão de recursos humanos de cada esfera de governo valorizando a educação voltada para o trabalho.

Segundo Ribeiro e Motta (1995), tanto a VIII como a IX Conferência Nacional reconhecem a importância da área de recursos humanos no interior das políticas de saúde e convocam conferências específicas sobre o tema, que aconteceram em 1986 e 1993, reforçando a necessidade da criação de estruturas no interior das Secretarias Estaduais e Municipais que imprimisse um caráter permanente de investimento na formação e desenvolvimento de pessoal para a saúde de forma descentralizada.

A X (1996) e a XI (2000) Conferências Nacionais da Saúde foram ricas em recomendações sobre o tema, ampliando e aprofundando propostas das conferências anteriores. As propostas avançaram no sentido de instituir mecanismos de consolidação da política de desenvolvimento e formação de pessoal através de estratégias como: reforçar a estreita relação entre processo formativo e processo de trabalho em saúde, valorizar a formação de profissionais a partir das necessidades concretas de saúde da população; consolidar investimentos financeiros com repasses específicos para essas atividades, inclusive instando as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais a manter técnica e financeiramente escolas de formação, com autonomia e integradas aos respectivos Conselhos de Saúde, bem como às respectivas Secretarias de Educação e às universidades, privilegiadamente às Universidades Estaduais. A articulação dos serviços de saúde com os aparelhos formadores e os mecanismos de controle social do SUS reaparece com riqueza de proposições.

Surgem novas propostas, como a recomendação da revisão das diretrizes curriculares para formação em saúde, adequando-as às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do SUS, além da definição de critérios

rígidos para a criação de novas instituições formadoras, bem como a avaliação da qualidade dos cursos. Em 2001, foram emitidos pareceres do Conselho Nacional de Educação para várias profissões de saúde, com definição de Diretrizes Nacionais Curriculares, valorizando a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva e afirmando a importância do conceito de saúde da Saúde Coletiva e os princípios e diretrizes do SUS na formação. As novas diretrizes para os cursos da área da saúde adotaram, como documentos de referência, o relatório da XI Conferência Nacional de Saúde, a LOS, documentos da OPAS, da OMS e recomendações da Rede Unida. (CECCIM, ARMANI e ROCHA, 2004).

Com relação à pós-graduação, incentiva-se o aumento de vagas para residências médicas e multiprofissionais, direcionando a abertura de vagas e condicionando-as às necessidades de saúde da população e às especificidades regionais.

Pela primeira vez em relatórios de conferências nacionais, enfatiza-se a formação de gerentes com capacitação em administração pública e a garantia de capacitação específica na gestão de recursos humanos.

Essa breve passagem sobre as informações constantes nas legislações do SUS e nas Conferências Nacionais de Saúde sobre o desenvolvimento e formações de recursos humanos para a saúde aponta para o crescimento da importância do assunto para a consolidação do SUS.

A preocupação com a graduação e com a habilitação formal gerou mudanças curriculares e programas de apoio à qualificação da formação como o PRÓ-SAÚDE² e o PET-SAÚDE³.

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu, através da portaria nº 198 GM/MS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do setor (BRASIL, 2004). Pela portaria, a política deveria ser efetivada pelos Pólos de Educação Permanente, instância interinstitucional e loco - regional com a função

² Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Para saber mais: <http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf> .

³ Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Para saber mais: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306

de identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde e construir estratégias e processos que qualificassem a atenção e gestão e fortalecessem o controle social.

O Lançamento da portaria nº198 desencadeou um processo de construção coletiva de uma política de educação permanente para o SUS, representando grande avanço no sentido de inverter a lógica de oferta de formação e desenvolvimento antes consolidada com envio de pacotes de curso e treinamentos. (OPAS, 2010; FIGUEIREDO, 2012). Em um ano foram constituídos 96 Pólos de Educação Permanente no país. (OPAS, 2010). No entanto, ao mesmo tempo em que se registram várias experiências exitosas de articulação da educação à gestão para a reformulação das práticas, muitos limites e dificuldades se colocaram em relação à estruturação e funcionamento dessa política. A capilarização dos Pólos foi desigual nas diversas regiões do país, principalmente pela dificuldade na pactuação entre instituições formadoras, gestores e serviços. (FIGUEIREDO, 2012)

Em agosto de 2007 o Ministério da Saúde lançou a portaria GM/MS 1996 que definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente adequando-as às diretrizes regionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Na nova formulação a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se daria por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR)⁴ com o apoio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-serviço (CIES). As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação em Saúde. A portaria reforçou o conceito de educação permanente como prática educativa, ancorada no trabalho e no conhecimento prévio dos trabalhadores, na problematização da realidade, aprendizagem significativa e transformação da prática, além da importância da pactuação ampliada e o envolvimento de atores tanto do setor saúde (gestores,

⁴ Colegiados de Gestão Regional é um espaço de articulação e pactuação, correspondente a uma região de saúde, que se constitui como instância capaz de gerar novas possibilidades de gestão no âmbito do SUS, com potencialidade para qualificar e diferenciar o processo de regionalização da saúde. Para saber mais <http://portal.saude.gov.br/portal/saude>.

trabalhadores e usuários) como da educação (gestores, instituições de ensino, estudantes de cursos da área da saúde).

Como profissional de saúde, inserida na área de desenvolvimento de pessoal em um hospital público municipal, reconhecido como hospital de ensino desde 2004, tivemos a oportunidade de participar do encontro, na regional de Campinas, onde foram expostas pelo Ministério da Saúde as novas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente.

Nos textos governamentais, existe a preocupação com educação formal que gera habilitação profissional específica e com o desenvolvimento dos profissionais já habilitados e inseridos no mundo do trabalho.

O desenvolvimento dos profissionais inseridos no mundo do trabalho aparece nos textos oficiais com diferentes designações, como treinamento, reciclagem, educação contínua ou continuada, capacitação, educação permanente, aperfeiçoamento, entre outras.

Essas denominações, embora se refiram às práticas educativas para o trabalhador inserido no serviço, apresentam diferenciações metodológicas que refletem uma diferença de conceituação sobre o processo de ensino aprendizagem.

2.2. A mudança na lógica da formação: Educação Permanente em Saúde e a democratização das práticas gestoras

Historicamente, tem se investido em formação de profissionais de saúde utilizando modelos pautados pela ciência positivista com a utilização de metodologias conservadoras. Separa-se corpo e mente, razão e sentimento, ciência e ética, fragmentando o conhecimento e reduzindo o saber na busca pela eficiência técnica (MITRE et alls , 2008; FIGUEIREDO, 2012).

No setor saúde, tradicionalmente, produzem-se programas de ação ou ações programáticas em função de políticas específicas a partir de áreas técnicas especializadas. Cada programa gera uma linha de capacitações pela qual se prescreve a suposta melhor prática de saúde. Essas capacitações não se

mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos. (CECCIM, 2005)

Observe-se que, mesmo após a reformulação das políticas de EP pelo Ministério da Saúde, essas antigas práticas permaneceram, verificando-se, na realidade, uma mistura de várias estratégias de formação.

Parece-nos importante nesse momento fazer uma breve diferenciação de dois termos frequentemente usados quando se trata de formação em serviço: Educação Continuada e Educação Permanente.

Embora os dois termos confirmem uma dimensão temporal de continuidade do processo de formação durante a vida profissional, designam princípios metodológicos diversos.

Segundo Ribeiro e Mota (1996), a Educação Continuada, em geral, se inscreve como prática educativa tradicional. Vem em resposta às demandas de serviço e profissionais de recuperar conhecimentos e habilidades esquecidas e de acompanhar as mudanças trazidas pelo progresso científico tecnológico a fim de melhorar o desempenho profissional. Assenta-se na concepção de que a aquisição de mais informações pode melhorar a competência dos profissionais para desenvolver suas responsabilidades. Aposta no enfoque disciplinar e geralmente é direcionada para uma única categoria profissional. Adota o modelo pedagógico centrado na transmissão de conhecimento sendo realizado geralmente fora do espaço de trabalho, onde, no geral, se prescreve uma prática idealizada que embora traga uma contribuição importante para a formação profissional, geralmente não cumpre a necessidade de transformação das práticas institucionais.

“Em seus cursos de atualização, os profissionais são elevados ao paraíso do "como deveria ser", tradução da verdade do conhecimento científico acumulado e atualizado, aplicável numa espécie de representação universal e única de pacientes e serviços. Quando retornam aos serviços, entretanto, se vêem confrontados em

suas realidades cotidianas com a impossibilidade da aplicação do conhecimento adquirido. Na prática, a teoria é outra. "O curso foi ótimo, os serviços é que não oferecem condições para o nosso trabalho, são frustrantes". (RIBEIRO e MOTA, 1996)

Porém, para sua implantação, o SUS depende da formação de profissionais com competências éticas, políticas e técnicas, com capacidade crítica e sensibilidade para pensar as questões da vida e da sociedade, e para atuarem em contextos de incerteza e complexidade. (FIGUEIREDO, 2012).

Mitre e outros (2008), ao discutirem metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação do profissional de saúde, observam que as profundas modificações no mundo contemporâneo, como a velocidade das transformações sociais, a da produção de conhecimento, a influência dos meios de comunicação na formação dos profissionais e a possibilidade atual de relativizar valores até então considerados intocáveis, nos colocam o desafio de desenvolver a autonomia individual e coletiva, buscando métodos inovadores:

"A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo – de interdependência e de transdisciplinaridade - além de possibilitar a construção de redes sociais, com a conseqüente expansão da consciência individual e coletiva. Portanto, um dos seus méritos está, justamente, na crescente tendência à busca de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação."(MITRE e outros, 2008).

Nesse cenário, a Educação Permanente em Saúde, surge como possibilidade de prática educativa inovadora. Propõe incorporar o ensino-aprendizagem no cotidiano dos serviços de saúde, modificando estratégias educativas nas quais o processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado da aprendizagem e o

profissional como ator reflexivo e construtor de saber. (RIBEIRO E MOTA, 1996; FIGUEIREDO, 2012).

Em documento sobre operacionalização da Educação Permanente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) a define como:

“A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.”

A Educação Permanente como uma Política Nacional afirma a articulação entre ensino, trabalho e cidadania, a vinculação entre formação, gestão, atenção e participação social, construção da rede do SUS como espaço de educação profissional e o reconhecimento de bases loco-regionais onde estruturas de ensino e serviço formulam, conjuntamente, estratégias de ensino (CECCIM, ARMANI e ROCHA, 2004; CECCIM e FERLA, 2009). Nesse sentido a proposta aposta na construção de espaços coletivos de co-gestão para viabilizá-la.

“Desse ponto de vista, o gestor federal, proponente da educação permanente em saúde para o SUS, desencadeou um processo de constituição de uma gestão colegiada da educação permanente em saúde. Para o gestor federal do SUS, uma articulação interinstitucional para a educação permanente em saúde, com uma gestão colegiada, quebra a regra da verticalidade única e hierarquizada nos fluxos organizativos. Também supera a racionalidade gerencial hegemônica e a tradicional concepção educativa dos treinamentos para pessoal de serviço.” (CECCIM e FEUERWEKER, 2004).

O reconhecimento da necessidade do setor saúde de investir em um processo educativo que incorpore as práticas cotidianas, tomando-as como um processo a ser analisado e transformado, visando à qualificação da gestão/atenção/ensino e que inclua ativamente os atores neles implicados, é preocupação de diversos autores. Ceccim (2005) ressalta o desafio que é a educação permanente para o setor saúde:

“Além da velocidade com que conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde, a distribuição de profissionais e de serviços segundo o princípio da acessibilidade para o conjunto da população o mais próximo de sua moradia – ou de onde procuram por atendimento – faz com que se torne muito complexa a atualização permanente dos trabalhadores. Torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.”

Além de uma política pública, a educação permanente em saúde é uma prática de ensino-aprendizagem que incorpora elementos das metodologias educacionais ativas. Como prática apoia-se no conceito de ensino problematizador, com produção de conhecimento a partir da análise crítica do cotidiano, horizontalidade entre educador e educando, prática dialógica e no conceito de “aprendizagem significativa” que se caracteriza pela interação cognitiva do conhecimento novo com os conhecimentos prévios dos educandos (CECCIM, 2009; MOREIRA e MASINI, 2006).

Figueiredo (2012), ao abordar a formação como instância de mobilização do sujeito e do trabalho em saúde, ressalta que o ensino problematizador visa produzir uma postura ativa na construção do conhecimento, destacando que o sucesso de projetos de educação permanente “dependem de uma profunda imbricação entre processos educativos e processos de intervenção institucional,

que contemplem a complexidade dos vetores que incidem na co-produção dos modos de fazer saúde”

Campos (2007) em “Um método para análise e co-gestão de coletivos” (ou método da roda), propõe um modo diferente de fazer gestão, um modo que privilegia o envolvimento dos sujeitos implicados com um determinado processo de trabalho. Assim, altera o modo tradicional de fazer gestão de “intervir SOBRE” para “intervir COM”, gestão aqui entendida na sua indissociabilidade de gestão-atenção. Propõe a ampliação do conceito de trabalho, um trabalho que supere a concepção restrita de trabalho produtivo e seja visto também como um dos caminhos necessários à própria constituição do sujeito. Nesse sentido, considera o trabalho com uma tripla finalidade: produção de bens ou serviços, reprodução da própria organização e interferência na produção social e subjetiva dos trabalhadores e dos usuários. O método ressalta o fortalecimento do Sujeito e a construção da democracia institucional.

“A co-gestão, realizada em Espaços Coletivos, é um caminho para a democratização e para a progressiva desalienação da maioria. A desalienação absoluta é uma utopia, o Método da Roda aposta na possibilidade de se instituir sistemas de co-gestão que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público, quanto capacidade reflexiva e autonomia dos agentes da produção. A construção e funcionamento dos Espaços Coletivos considerados questões metodológicas. A produção e funcionamento de espaços coletivos: a roda.” (CAMPOS, 2007).

Ao adotar essa perspectiva, Campos (2007) se contrapõe às práticas gerenciais hegemônicas, legado do taylorismo, que entende a gestão separada da prática. É baseada na disciplina, no controle e na concentração de poder. Advoga a separação entre o trabalho intelectual de quem planeja (dirigente), do momento da execução (dos trabalhadores). Os trabalhadores são treinados para obedecer ordens, executar normas e rotinas, realizar tarefas repetidas e seriadas, geralmente fragmentadas que não deixam transparecer o processo de trabalho

como um todo. São expropriados da capacidade de pensar e agir sobre seu trabalho, alienados de todo o processo. A relação é vertical e exige supervisão constante.

Ao discutir o eixo de conformação do “método da roda”, Campos (2007) demonstra que, apesar das inúmeras inovações introduzidas nos processos de trabalho no último século, o taylorismo não foi superado.

“Um dos achados desta investigação é que o taylorismo, ainda que bastante alterado depois do advento da sociologia das organizações, da qualidade total e do envolvimento de certa psicologia com a administração de pessoal, continua central para a compreensão do que se poderia denominar de Racionalidade Gerencial Hegemônica. Neste sentido, não foi ainda superado e sua lógica de controle social e de redução do trabalhador à condição de coisa tem sido, ao longo do século XX, o método responsável pela transformação da Alienação formal em Alienação real.” (CAMPOS, 2007).

A Política Nacional de Educação Permanente proposta pelo Ministério da Saúde possibilitou a construção e institucionalização de espaços coletivos, tornando possível colocar em análise a prática cotidiana no setor saúde, no sentido de transformá-la, qualificando-a. Entretanto, esses processos de EP não necessariamente logram incluir ativamente os trabalhadores e usuários, em espaços coletivos de cogestão.

A partir dessas considerações, tanto as que se referem ao meu trajeto profissional quanto às políticas específicas de educação para o setor saúde é que se delinea a escolha do objeto dessa pesquisa. Tomamos como questão as formas pela quais as organizações de saúde em Campinas têm incorporado e desenvolvido os processos de Educação Permanente, isto é, qual modelagem foi realizada, por quem, com quais objetivos, quais os caminhos percorridos pelos processos de Educação Permanente, qual o potencial de capilarização do processo concretizado pelos gestores.

O pressuposto dessa escolha é investigar em que medida a Educação Permanente em Saúde se mostra potente para transformar a prática do trabalho em saúde no sentido da qualificação da atenção e da democratização de gestão.

3. A pesquisa/ percurso metodológico

Essa pesquisa tem como objetivo geral descrever e analisar processos de Educação Permanente (EP) para gestores de Campinas/SP, verificando as contribuições percebidas pelos envolvidos na qualificação e democratização de suas práticas gestoras, e tem como objetivos específicos:

- Caracterizar o contexto onde os processos de educação permanente foram desenvolvidos e a inserção dos participantes.
- Caracterizar a estrutura gerencial do Distrito de Saúde Sul
- Compreender a abordagem metodológica utilizada nos processos de EP.
- Identificar e analisar a percepção dos participantes sobre efeitos da EP
- Analisar a incorporação da prática da educação permanente pelos gestores em sua unidade de saúde.
- Analisar as contribuições da Educação Permanente em Saúde para a gestão democrática e a constituição do sujeito

Buscando contemplar os objetivos enunciados, optamos por uma abordagem metodológica qualitativa. Essa eleição se deu por acreditarmos que a referida abordagem é a que mais se aproxima das características da pesquisa e do fenômeno a ser investigado, no caso, a representação dos gestores sobre o processo de Educação Permanente por eles vivenciado.

Turato (2005) ao descrever as características da pesquisa qualitativa, ressalta que o interesse do pesquisador é a busca do significado dos fenômenos. Atribui ao método, mais força no rigor da validade, uma vez que a possibilidade de

observação é acurada e pode conduzir o rumo da pesquisa para bem próximo das potencialidades advindas da questão em estudo:

“No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde.” (TURATO, 2005).

Historicamente, o método qualitativo tem sido usado pelas ciências sociais, porém o investigador, partindo dos seus objetivos, deve escolher o que mais se coaduna com a compreensão do fenômeno a ser estudado.

Esse estudo se propôs estudar a representação que um grupo de atores sociais tem de sua prática e da repercussão do processo de educação permanente experimentado por eles, refletindo, em particular, sobre a adequação da escolha do método pedagógico utilizado.

Ao descrever o método qualitativo Minayo (2010) afirma:

“O Método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem à respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam...” “ as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupo e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, das relações e para análises de discursos e de documentos.”

Uma vez que a educação permanente em saúde toma a prática profissional como objeto de análise, problematizando-a e ampliando a capacidade de análise dos participantes na busca de novos sentidos e significados que reorienta a produção

do cuidado, o delineamento do objeto já pressupõe a participação ativa dos sujeitos da pesquisa na avaliação dos respectivos resultados.

Por se tratar de políticas públicas nacionais e devido às possibilidades de acesso, propôs-se como universo da pesquisa os serviços de saúde públicos de Campinas. Nossa inserção profissional direcionou esse universo para o Distrito Sul da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas⁵.

Foram considerados como sujeitos envolvidos aqueles profissionais que participam do “Projeto de Educação Permanente para Gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas”, no âmbito do Distrito de Saúde Sul – gestores do Projeto, facilitadores e gerente das unidades de saúde.

A análise da experiência escolhida foi desenvolvida por meio de três etapas investigatórias, a análise documental, a observação participante e realização de grupos focais articulado a grupos de validação/devolutiva.

Análise documental

Foram identificados e analisados os documentos, indicados pelos envolvidos, que descreviam as características organizacionais da estratégia de educação permanente praticada, referente a número, frequência e duração dos encontros, bases metodologias, presença e constância de instrumentos de registro e avaliação.

Partindo da natureza das informações a serem avaliadas, incluímos nessa análise os seguintes documentos, todos elaborados pela SMS de Campinas/SP:

- Programa de Educação Permanente – construindo a Integralidade da atenção – 2005;
- Programa de Educação Permanente de Gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas PEPG-SMS - 2010;
- Material referente à capacitação de facilitadores do programa 2010;

⁵ Estrutura e organização gerencial descritas no capítulo 1, item 1.3. deste.

- Caderno do facilitador;
- Caderno do participante;
- Relatórios de acompanhamento dos dois programas desenvolvidos
- Planilhas de avaliação

A análise documental foi utilizada como um primeiro dispositivo orientador para a condução tanto da observação participante, como dos grupos focais que foram realizados durante a pesquisa.

Observação participante

A observação é considerada “um dos elementos mais fundamentais da pesquisa etnográfica” colocando o pesquisador em uma posição privilegiada para captar o imponderável da vida social, emitido pelos participantes da pesquisa (MINAYO, 2010).

Adotamos um Diário de Campo para o registro sistemático das observações, para tanto utilizamos um roteiro⁶ com os temas que constituíam o objeto da investigação.

A inclusão de um roteiro de observação foi tomada como apoio ao processo de identificação de elementos para exploração da realidade empírica e não como forma engessada de observação dos fenômenos.

Ainda que durante o processo de investigação se perceba a necessidade de efetuar mudanças no modo com são registradas as observações, Minayo (2010) ressalta a importância do registro para identificação das representações sociais:

“Nesse caderno o investigador deve anotar todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa. Fala, comportamentos, crenças, hábitos, usos, costumes,

⁶ Ver anexo I

celebrações e instituições, compõem o quadro das representações sociais”

Durante o período da observação participante tivemos a oportunidade de estar presente nos vários coletivos, conforme descrito abaixo:

- 04 encontros do coletivo do Distrito Sul – dias 20/06, 15/08, 17/10 e 28/11/2012.
- 05 reuniões de facilitadores do coletivo sul para avaliação e preparação dos encontros – dias 05/06, 12/06, 13/08, 21/08 e 14/10/2012.
- 03 encontros gerais, que reuniam os 06 coletivos – dias 27/06, 23/10 e 11/12/2012.
- 05 encontros com facilitadores de todos os coletivos, que objetivavam dar continuidade ao processo de formação dos facilitadores através da reflexão sobre a facilitação e o balizamento da continuidade do programa- dias 02/08, 23/08, 27/09, 15/10 e 04/12/2012.
- 04 encontros do grupo gestor – dias 28/06, 26/07, 30/08 e 13/09/2012.

Em cada um desses momentos, anotamos no diário de campo tanto questões relacionadas ao comportamento, falas, polarizações e disposição dos participantes, como aspectos relacionados às questões estruturais e metodológicas como a escolha de temas e problemas a serem abordados, inclusão de conflitos, abertura de espaços para a reflexão e mudança da prática, mecanismos de decisão relativos ao processo e a possibilidade de inclusão de eventos emergentes.

Em todos os espaços que estivemos presentes, fomos muito bem recebidos e incluídos nas discussões, sendo que em alguns momentos os participantes solicitavam diretamente a opinião da pesquisadora, deixando clara a expectativa que tinham de ouvi-la sobre determinados aspectos abordados. Desde os primeiros contatos, percebemos o quanto seria delicado se colocar no papel de pesquisadora, tendo que observar o fenômeno estudado com certa distância e, ao mesmo tempo, ser mais uma profissional reconhecida pelo grupo com

conhecimento específico sobre o tema e alguma possibilidade de contribuição para o processo em andamento. A percepção da delicadeza do papel do pesquisador na observação participante materializou-se para nós na imagem de um fio, uma tênue linha que separava os dois papéis, o de pesquisadora e, portanto observadora da situação em análise, e o papel de profissional implicada com processos de educação permanente em geral e também com esse em particular. Sentimo-nos durante todo o processo como um equilibrista. O que se configurou como “fio condutor”, ou a vara na mão do equilibrista, foi a intenção deliberada de colocar os dois papéis em análise a cada passo, explicitando-os para o grupo, em todos os grupos que participamos. Essa possibilidade e intenção foi o que nos conduziu no constante exercício de não perder o foco da observação e, ao mesmo tempo, contribuir parcialmente com a construção do processo em andamento.

Minayo (2010), ao abordar as várias linhas de pensamento sobre observação participante e a contribuição específica para a construção do processo de pesquisa, aponta que a proximidade do pesquisador com o campo não é um inconveniente, mas uma virtude para pesquisa qualitativa. Ressalta que o observador é parte do contexto sob observação, modificando e sendo ao mesmo tempo modificado por ele. Demonstra que apesar das controvérsias sobre “o que” e “como” observar, existe uma unanimidade:

“Uma coisa é certa na opinião de todos os estudiosos: existe necessidade de o pesquisador relativizar seu espaço social, aprendendo a se pôr no lugar do outro” (MINAYO,2010)

Grupo focal com os envolvidos

A partir dos resultados obtidos nas etapas anteriores, construímos as questões que subsidiaram a execução de grupos focais. Esse processo visou aprofundar a análise das etapas anteriores, caracterizando o contexto, a identificação de fatores dificultadores e facilitadores do processo, as bases metodológicas e a percepção pelos envolvidos dos resultados alcançados.

O grupo focal é caracterizado como uma técnica de investigação qualitativa que permite a exploração de áreas pouco conhecidas pelo pesquisador e aprofundamento de temas conhecidos.

“Grupo focal é um método de pesquisa que tem como objetivo a coleta de dados por meio de interações grupais, ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Pode ser caracterizada, também, como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos”. (GONDIM, 2002).

Minayo (2010) ao discutir a amostragem em pesquisa qualitativa, ressalta que o pesquisador deve preocupar-se mais com o aprofundamento, abrangência e diversidade do processo de compreensão do que com a quantidade numérica:

“O dimensionamento, da quantidade de entrevistas, grupos focais e outras técnicas deve seguir o critério de saturação. Por critério de saturação se entende o conhecimento formado pelo pesquisador no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo. No entanto, provisoriamente o investigador pode e deve prever um montante de entrevista e de outras técnicas a serem depois balizadas em campo, à medida que consiga o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias para seu trabalho.”

Foram realizados dois grupos focais com os gestores das unidades de saúde do Distrito Sul que participavam do PEPG-SMS. Inicialmente, a seleção dos integrantes para o grupo se deu através da amostragem proposital, onde a escolha se dá de modo a oferecer a maior variedade de informações para a compreensão do fenômeno. A amostra não se propôs a ser representativa da população mas atender as necessidades de investigação naquele momento (GUBA E LINCOLN, 1989). Partindo desse pressuposto e apoiados na observação de campo, convidamos cerca de 10 gestores para cada grupo focal, porém ampliamos o convite frente à dificuldade de agenda dos gestores. O primeiro

grupo focal foi realizado dia 10 de novembro de 2012 com a presença de 05 gestores e o segundo, realizado no dia 17 de dezembro de 2012, contou com a presença de 03 gestores.

Foram necessárias algumas adequações de datas visando facilitar a participação dos gestores, porém a dificuldade persistiu, sendo motivo, para nós, de preocupação e análise. Várias possibilidades que explicassem estas dificuldades foram levantadas: a quantidade de trabalho atribuída ao gestor local; a realização dos grupos focais no final de ano, período identificado pelos gestores como um aumento da carga de trabalho; o contexto político administrativo adverso, evidenciado pela crise em curso na prefeitura que culminou na cassação do mandato do Prefeito Municipal, seguida de várias trocas dos Secretários de Saúde; o encerramento do período político administrativo e a proximidade das eleições municipais. Outra causa levantada foi a possibilidade de descrença no processo educativo em curso, visto que presenciamos um esvaziamento de todos os espaços relacionados ao PEPG- SMS. A confluência de todos estes fatores identificados talvez seja a explicação mais plausível para a dificuldade de participação dos gestores nos grupos focais, sendo singular a articulação entre questões conjunturais e a possível perda de importância atribuída pelos gestores ao processo educativo.

Os grupos foram conduzidos por um facilitador que não fazia parte da pesquisa e a pesquisadora que participou desse momento como observadora.

Critério de inclusão no grupo focal: participar dos encontros dos PEPG-SMS, demonstrar interesse e disponibilidade para participar dessa etapa da pesquisa, expressar potencialmente o máximo possível de diferenças entre si em relação ao tema proposto, garantindo maior diversidade na escolha

Critério de exclusão do grupo focal: não participar dos encontros dos PEPG-SMS, não demonstrar interesse e disponibilidade em participar dessa etapa de pesquisa, ter alcançado o critério de saturação na avaliação do pesquisador.

Os encontros para realização dos grupos focais foram áudio-gravados com o consentimento dos participantes e posteriormente transcritos.

Utilizaremos um roteiro⁷ composto de questões abertas que serviram como um guia para a coordenação do grupo. Do mesmo modo que na observação de campo, o roteiro foi flexibilizado de acordo com os objetivos da pesquisa e com o andamento das discussões (WESTPHAL, 1992).

Leitura e análise do material de campo

Os materiais produzidos em campo, referentes aos grupos focais, foram analisados utilizando a construção de narrativas. A construção de narrativas faz parte de uma abordagem construtivista que busca não somente compreender o contexto, mas também transformar, propor alternativas e buscar soluções.

Realizamos a transcrição de cada grupo focal e elaboramos duas narrativas⁸, uma para cada grupo realizado, em que se manteve a fala dos participantes, agrupando-as em núcleos argumentais. A intenção foi deixar emergir a fala do grupo, buscando retratar a amplitude de aspectos trazidos, preservando consensos e dissensos.

O processo de construção das narrativas implicou em escolhas da pesquisadora referentes, por exemplo, a decomposição e articulação entre as diversas falas do grupo ou quais trechos foram escolhidos para serem destacados, o que além da análise implicou em algum grau de interpretação, mas vale ressaltar que as narrativas representaram o discurso do grupo, cabendo a pesquisadora somente organizar o que fora dito.

Onocko Campos (2011) toma a construção de narrativa como parte do tratamento do material produzido em campo. Nas palavras da autora:

“Essa construção narrativa consiste fundamentalmente em uma estratégia de tornar denso o material, mantendo-se fiel a história que nele se conta,

⁷ Ver anexo II

⁸ Ver anexos III e Anexo IV

mas não necessariamente em sua sequência temporal e tampouco reproduzindo as formas lexicais do grupo.”

Segundo Onocko Campos (2011), apoiada em autores como Ricoeur e Freud, as narrativas realizam um processo de mediação entre o vivido e a possibilidade de inscrevê-lo no social, sendo que para exercer essa função de mediação, deve-se considerar o contexto da construção da experiência. Considera ainda que as narrativas não estão prontas no interior dos sujeitos para serem extraídas, mas são construções que nascem das relações. Nesse sentido o pesquisador deve estar disponível, atento ao grupo, podendo agenciar o fluxo de idéias e afetos envolvidos no processo.

Em um segundo momento, realizamos 02 grupos de devolutivas, um para cada grupo focal, onde a narrativa foi rerepresentada aos participantes que puderam corrigi-las e validá-las, além de oportunizar uma nova aproximação reflexiva sobre a temática em análise, podendo, com o decurso de um período de tempo, considerar aspectos novos não aventados no primeiro momento.

Como o processo de construção da narrativa implica em uma redução considerável do material transcrito é necessário sempre considerar a implicação do pesquisador. A rerepresentação da narrativa para o grupo, com a mesma composição anterior, busca além da validação, produzir o que Onocko Campos (2011) denomina de *efeito de narratividade*:

“Temos chamado de efeitos de narratividade aos efeitos de aprofundamento das questões sobre temas pouco desenvolvidos na primeira sessão. Nos vários grupos temos observamos que questões tratadas de maneira superficial no primeiro encontro puderam ser problematizadas, e passíveis de uma análise mais detalhada somente após o encontro do grupo com a narrativa que construímos a partir da transcrição de seu primeiro debate.”

Com o material produzido nesse processo, construímos uma planilha com os núcleos argumentativos que emergiram⁹, onde apresentamos na primeira coluna os núcleos argumentais do grupo focal e na segunda coluna os núcleos re-significados no grupo de devolutiva.

Onoko Campos e Furtado (2008) apontam as narrativas como recurso interpretativo potente para proporcionar a elaboração de sentidos para o material produzido em pesquisas assentadas sobre o discurso ou observação de práticas.

Guba e Lincoln (1989) em “Avaliação de Quarta Geração” ressaltam a importância de um projeto de pesquisa em manter a coerência desde a construção dos instrumentos até a interpretação dos dados. Para esses autores, a realização de uma investigação com a metodologia construtivista, deve respeitar um conjunto de condições iniciais. Primeiramente a pesquisa deve ser conduzida em um ambiente natural, sustentando que “os contextos vivificam ou são vivificados pelas construções sustentadas pelas pessoas neles inseridas” (GUBA E LINCOLN, 1989). A segunda condição refere-se à escolha dos instrumentos, que devem ser altamente adaptáveis e possam ser inseridos em um contexto com o mínimo de programação prévia, pois o pesquisador construtivista não sabe à priori, o que é proeminente em campo, do ponto de vista dos atores. Porém ao chegar ao campo, o pesquisador tem condições de identificar e discernir, em curto espaço de tempo o que é importante do ponto de vista “êmico” dos participantes e concentrar-se nisso.

A terceira condição refere-se à constatação de que se pretende empregar o instrumento humano para a pesquisa, devendo se perguntar que métodos são mais adequados para obter o que se deseja. Esses métodos geralmente são os qualitativos.

“Os seres humanos coletam informações de uma maneira mais adequada e cômoda empregando diretamente seus sentidos: conversando com as pessoas, observando o que elas fazem, lendo documentos a seu respeito, analisando os indícios discretos que elas

⁹ Ver anexo V

deixam para trás, respondendo à suas dicas não verbais, entre outros meios.” (GUBA e LINCOLN, 1989).

A quarta condição apontada pelos autores refere-se ao reconhecimento de que, embora não deva ter nenhuma formulação proposicional prévia, todo pesquisador, ao se inserir em um contexto não é uma “tábua rasa”, portanto traz o seu conhecimento sobre o que será estudado e se propõe a colocá-lo em discussão logo no primeiro momento.

Esse trabalho foi realizado de acordo com essas pré-condições. Durante a pesquisa e na análise/interpretação de dados, realizamos a construção do círculo hermenêutico-dialético.

O círculo hermenêutico-dialético, conforme apresentado e discutido por esses autores, parte de uma amostragem intencional que atenda às necessidades da investigação no momento e se propõe a estabelecer uma interação contínua entre a coleta de dados e a análise durante o processo de investigação. O participante do processo oferece o testemunho de acordo com sua vontade e o pesquisador seleciona elementos relevantes ao foco do estudo que deverão ser analisados imediatamente e devolvidos aos atores em momentos subsequentes ou oferecidos para análise de outros participantes. Desse processo de coleta e análise dos dados contínuos, surge a construção conjunta.

É sobre a construção conjunta que pode começar a se conformar um consenso ou a explicitação das concordâncias e discordâncias entre os participantes. A construção conjunta é diferente da construção inicial tanto dos participantes individuais, como do pesquisador, porém é a mais fundamentada e esclarecida que pode ser feita até aquele momento, com aqueles participantes. Essa produção é o projeto emergente. Dificilmente o grupo chega a um consenso global, portanto o pesquisador deve percorrer o círculo hermenêutico quantas vezes forem necessárias, até que o produto pareça com suficiente consistência interna para compreender o contexto.

Segundo Guba e Lincoln (1989):

“O produto final das múltiplas interações do círculo hermenêutico-dialético é o relato de caso.”... que “ajuda o leitor a realizar (no sentido de tornar real) não somente os estados de coisas que os construtores acreditam existir, mas também os motivos, os sentimentos e as argumentações subjacentes que geram crença. O relato de caso caracteriza-se por uma densa descrição que não apenas clarifica esse contexto de extrema importância, mas possibilita que o leitor o experimente vicariamente.”

Durante a realização da pesquisa percorremos esse processo através do movimento que vai desde a realização dos grupos focais até a conseqüente realização dos grupos de devolutivas, permeados pela inserção da pesquisadora em campo no exercício da observação participante.

Por fim, gostaríamos de colocar em evidência outro aspecto em relação ao movimento de interpretação adotado na abordagem narrativa para os quais nos alerta Onocko Campos (2011). É a postura de não buscar relevar significações por trás do texto e sim procurar identificar no material construído, o que ele pode nos revelar dos questionamentos iniciais da pesquisa.

“... Assim, interrogamos o tempo todo o material construído procurando identificar no que ele responde aos nossos questionamentos. Rejeitamos, pois, uma abordagem na qual a tarefa é tomada – quase sempre – como a de extrair certo conteúdo latente de um conteúdo manifesto: “Eles disseram isto e/ou aquilo, mas – na verdade – quiseram dizer aquilo outro”, pelo contrario, compartilhamos com nossos sujeitos de pesquisa a vinda ao mundo de um texto. Valorizando mais a possibilidade de dizer, de tomar a palavra, do que uma suspeita sobre o dito.” (ONOCKO CAMPOS ,2011)

4. Resultados e Discussão

Retomando os objetivos do presente trabalho e no esforço de refletir as múltiplas dimensões da realidade estudada, buscaremos a partir daqui, estabelecer um diálogo entre os dados empíricos e a dimensão teórica, entre o texto e o contexto. A apresentação dos resultados e discussão foi organizada de modo a articular os vários instrumentos metodológicos utilizados na realização da pesquisa.

Procuramos intercalar a descrição dos processos de educação permanente para gestores de Campinas, conforme apresentados nos documentos oficiais que propõem e/ou compõem os projetos objetos desse trabalho, com o material coletado em campo, oriundos dos grupos focais, dos grupos de devolutiva/validação e da observação participante.

Nossa pretensão inicial foi estudar o Programa de Educação Permanente para Gestores da SMS, elaborado em 2010 e desenvolvido entre 2011/2012, porém conforme entramos em contato com os documentos inicialmente selecionados para a análise documental e, principalmente, a partir do contato da pesquisadora com os gestores participantes do projeto através da observação e da realização dos grupos focais, emergiram inúmeras referências dos participantes relativas ao processo de educação permanente promovido pela SMS no período de 2005 a 2010. Pela importância atribuída a esse processo, inclusive como propulsor e desencadeante do PEPG de 2011/2012, optamos por descrevê-lo e analisá-lo, acreditando que o mesmo compõe o movimento de formação de gestores promovido pela SMS.

Esquemáticamente dividimos a apresentação em três partes: A entrada em campo; o Processo de Educação Permanente para gestores 2005/2010 e o Processo de Educação Permanente para gestores 2011/2012 (PEPG-SMS). Em cada item apresentado elencamos os grandes temas objeto do estudo, sendo que dentro de cada tema exploraremos os principais núcleos argumentais que emergiram do material empírico, explicitando a origem do material apresentado, quer seja dos documentos oficiais, dos grupos focais, dos grupos de devolutivas ou da observação participante.

4.1 A Entrada em Campo

A observação participante é um processo construído duplamente, pelo pesquisador e os atores sociais envolvidos, sendo a entrada em campo considerada um dos momentos cruciais para o desenvolvimento da pesquisa. A primeira imagem pode ser responsável por como as portas se abrirão ou fecharão. (MINAYO, 2010).

Pela relevância atribuída a esse momento, descrevemos a seguir como se deu a entrada em campo da pesquisadora, ocorrida no dia 13 de junho de 2013 com a participação na reunião de coordenadores do Distrito de Saúde Sul. Estavam presentes o coordenador, os apoiadores e os gestores das unidades do Distrito. Devido à inserção profissional anterior, a pesquisadora conhecia e era reconhecida por praticamente todos os atores envolvidos na pesquisa. Como parte da reunião, foi aberto um espaço para a apresentação do projeto de pesquisa e solicitação de permissão para se dar início à observação participante. Esse foi nosso primeiro contato com o campo propriamente dito, somente precedido por uma conversa com a coordenadora do Distrito Sul para autorização da entrada em campo e pela participação em duas reuniões de facilitadores do coletivo sul.

A apresentação consistiu basicamente em expor os dados gerais do projeto: nome da pesquisa, objetivos e metodologia, explicitando a pretensão de realizar a abordagem construtivista, com interação contínua e construção conjunta para a construção e análise dos dados. A apresentação durou cerca de quinze minutos e na sequência abrimos a fala aos participantes.

Praticamente todos os presentes fizeram o uso da palavra. No geral as falas apontavam que a pesquisadora era muito bem vinda, porém, deixaram claro que o contexto político, explicitado pelos gestores, como sendo muito adverso, tanto na Prefeitura como na Secretaria Municipal de Saúde, o que provocava desânimo dos gestores em relação à participação no PEPG-SMS. Verbalizaram a indisposição para realização da atividade de dispersão proposta para o próximo encontro do coletivo (referência ao 9º encontro de EP do grupo). Em contraposição a esse tom de indisposição, um dos gestores fez um relato positivo da realização da atividade

de dispersão proposta, conclamando seus colegas à realização da mesma apesar das dificuldades. Outra questão que se evidencia foi a sensação, expressa pelos gestores, de terem que se dividir entre as múltiplas atividades gerenciais e a participação nos encontros do PEPG-SMS: “tenho um monte de problemas a resolver e fico aqui discutindo outra coisa”

Esses dois núcleos de argumentos, as atividades relacionadas à EP separadas da prática e, portanto, identificadas como mais um trabalho dentre as múltiplas obrigações do gestor e o contexto técnico político adverso, que além de sobrecarregar o gestor trazia consigo o sentimento de descrença geral, que, por consequência, implicava em descrença no processo educativo, surgiram já no primeiro momento de contato com os atores sociais.

Ceccin (2005) destaca

“... que aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional...”

Parte dos gestores se mostrou insatisfeito com o processo de Educação Permanente em curso por não incluí-lo no contexto institucional ou por não identificá-lo com a prática.

Tivemos a percepção nesse momento da expectativa que tomava corpo no grupo de que a presença da pesquisadora pudesse trazer respostas ou pelo menos alguma contribuição para os impasses levantados. Estava em jogo a capacidade do pesquisador de criar um lastro de confiabilidade para os momentos posteriores. Optamos por adotar a postura de contribuição com o processo educativo em curso através de questionamentos, na expectativa de provocar reflexões no grupo ao invés de dar possíveis respostas que poderiam ser consideradas como “a palavra final” ou correta para o assunto. Sem a pretensão de neutralidade, mas disposta a colocar em análise algumas ofertas.

Similarmente, e ressaltando a postura de atores em relações, Campos (2003) ao discutir a função do Apoiador Paidéia¹⁰ ressalta:

...sempre, em todas estas possibilidades, o Apoiador tem que se colocar na roda: permitir, concordar e, até mesmo, buscar ativamente incluir-se no processo; ou seja, sofrer o efeito Paidéia. Para isto é fundamental desmentir a falácia da neutralidade, explicitando o lugar de vinculação de cada um. O que significa colocar em análise as relações de poder, de conhecimento e de afeto envolvidas. (CAMPOS, 2003)

Com essa determinação, explicitamos para o grupo a hipótese do atual projeto de pesquisa, de que os processos de Educação Permanente poderiam ser potentes no contexto adverso justamente por que colocariam em análise a própria prática, dando a oportunidade de transformá-la.

Encontramos um grupo receoso e ao mesmo tempo copartícipe, mostrando-se curioso com a abordagem construtivista adotada, pela possibilidade de contribuição com a pesquisa. Na mesma linha adotada anteriormente, evidenciamos a possível persecutoriedade que o diário de campo poderia suscitar, solicitando ao grupo que se sentissem a vontade para explicitar incômodos, caso aparecessem.

4.2 Educação Permanente para Gestores 2005/2010

A Secretaria de Saúde de Campinas desenvolveu, a partir de 2005, um projeto vinculado ao Polo de Educação Permanente do Leste Paulista, denominado

¹⁰ Função Apoiador Paidéia faz parte do Método da Roda, teoria desenvolvida por CAMPOS, G.W.S. sobre Apoio e Co-gestão em Saúde e propõe a ampliar a capacidade das pessoas lidarem com poder, circulação de afetos e saber, ao mesmo tempo que estão desenvolvendo o trabalho cotidiano. O autor aponta a função como a radicalização da construção de cidadania e de sociedades democráticas. Para saber mais ver CAMPOS, G.W.S. Saúde Paideia, Ed Hucitec São Paulo 2003 e CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 3ª edição. São Paulo: Hucitec, 2007.

Programa de Educação Permanente – Construindo a Integralidade da Atenção. O programa foi elaborado para capacitar toda a gestão da Secretaria, porém, priorizou iniciar suas atividades a partir da gerência dos serviços de saúde da Atenção Básica e dos apoiadores distritais. Descreveremos brevemente as atividades relacionadas ao programa que envolveu os gerentes da atenção básica e os apoiadores distritais. As informações referentes a esse projeto foram retiradas de relatórios técnicos de acompanhamento do projeto e de diálogo com informantes chaves.

Antes de adentrarmos na descrição do programa, chamamos a atenção para a escolha da Secretaria Municipal de Saúde de propor programas de educação permanente que privilegiem os gestores do sistema. Essa escolha nos remete à reflexão do conceito apresentado por Ceccin e Feuerwerker (2004) sobre a Política de Educação Permanente em Saúde se assentar no que os autores denominaram de “quadrilátero de formação para a área da saúde”, que inclui ensino, gestão, atenção e controle social. A escolha por um dos eixos do quadrilátero nos leva a considerar possíveis dificuldades posteriores de capilarização do processo, o que poderia se configurar em uma desvinculação da educação com a prática. Essa questão já apareceu, conforme relatado anteriormente, no momento da entrada em campo. Sobre esse assunto Ceccin e Feuerwerker (2004) consideram:

“A educação em serviço é uma proposta apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o sistema, pois permite articular gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação.”

Por outro lado, a nosso ver, o gestor de uma unidade de saúde não pode ser considerado somente como uma categoria profissional, na medida em que coordena e dirige equipes e a capilarização do processo educativo pode se configurar como um modo diferente de fazer gestão *com* a equipe e não como mera reprodução do vivido *para* sua equipe.

Voltaremos a esse tópico na discussão do PEPG-SMS 2010/2012, pois o assunto emergiu na fala dos participantes no grupo focal.

O Programa de Educação Permanente – Construindo a Integralidade da Atenção foi realizado entre 2005 a 2010, para os gestores das unidades básicas dos cinco distritos de saúde. Para a efetivação dos encontros, o conjunto de gerentes foi subdividido em dois grupos: subgrupo do Distrito Sul e Sudoeste e subgrupo do Distrito Norte, Leste e Noroeste. Os encontros foram mensais, com 04 horas de duração.

A coordenação foi realizada por três facilitadores. Um facilitador externo à instituição, médico sanitaria, doutor em saúde coletiva, livre docente em política, planejamento e gestão, com vasta experiência tanto na gestão pública como na área de ensino e pesquisa, e dois facilitadores originários do CETS (Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde), um deles enfermeiro, sanitaria, especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, com ampla atuação na área educacional ligada ao serviço público de saúde; e outro médico sanitaria com grande experiência em saúde coletiva, tendo atuado na gestão de unidades básicas de saúde, em cargos diretivos a nível municipal e na área educacional.

A organização metodológica previa encontros presenciais e atividades de campo, denominadas atividades de dispersão, que eram realizadas entre os encontros, pelos próprios coordenadores das unidades (gerentes a quem se destinava a EP) e acompanhadas pelos apoiadores distritais e profissionais do CETS. Mensalmente, após as reuniões de processamento, a coordenação do Programa de EP emitia um Relatório, que era divulgado a todos os envolvidos e tomado como embasamento para a realização da atividade de dispersão proposta para o período.

Enquanto o encontro presencial se propunha a promover a troca de experiências, reflexões teóricas e sobre a prática, visando a resignificação da prática gerencial, a atividade de dispersão visava dar oportunidade ao gerente de exercitar novas habilidades e novas práticas em situações reais.

O temário foi extenso, incluindo questões relativas à gestão, à clínica, à educação e ao controle social. Segundo o relatório de avaliação do programa, ao final de 2008, haviam sido desenvolvidos 10 grandes blocos temáticos em 32 encontros presenciais. Para cada bloco temático foram elencadas atividades práticas que eram realizadas entre os encontros presenciais. Ao final do bloco, resultantes do processo de discussão, foram definidos instrumentos gerenciais que apoiavam a implantação de mudanças sugeridas no processo. A seguir, descrevemos os temas abordados e os instrumentos gerenciais implantados:

1. As Doenças Cardiovasculares: a gestão do cuidado da HAS/DM (Hipertensão Arterial Sistêmica/*Diabetes Mellitus*). Como resultado desse bloco temático foi realizado um seminário com apoiadores, coordenadores de UBS e pessoal da enfermagem para definição de diretrizes para o cuidado HAS/DM, a implantação do cartão do HAS/DM, a retomada do HIPERDIA e a recuperação e disponibilização dos consensos de hipertensos e diabéticos para as equipes.
2. A relação da UBS com o usuário: a partir dessas discussões foi implantada entrevistas com usuários como um instrumento de avaliação.
3. Avaliação do Programa de Educação Permanente: a discussão desse tema evidenciou a abrangência do papel do coordenador (gestor de serviços), a apropriação de que o coordenador faz gestão do cuidado, a percepção da possibilidade de atuação conjunta com a equipe, além do levantamento de temas para continuidade da EP.
4. Dificuldades na coordenação da equipe: com esse tema construiu-se diretrizes para a organização e funcionamento do Colegiado Gestor.
5. Recepção do usuário na unidade/ acesso: os resultados da discussão desse tema incluem a utilização regular e sistematizada das informações do telefone 156 (oferece informação e registra queixas de usuários), a supervisão do profissional Enfermeiro sobre o trabalho da recepção, a construção de diretrizes para o funcionamento das recepções e a elaboração de um documento com demandas para o nível central, de investimentos nas recepções.

6. Organização da agenda/acesso: as discussões desse tema redundaram na elaboração de um documento com sugestões sobre como organizar a agenda, incluindo-a como uma ferramenta gerencial central para a prática dos coordenadores.

7. Prontuário de saúde: em decorrência desse tema foi elaborado um documento de diretrizes e conceitos sobre prontuário e a construção coletiva de estratégias locais de qualificação do prontuário.

8. Trabalho da enfermagem: como produto desse tema elaborou-se o documento norteador das práticas e anotações da enfermagem na rede SUS-Campinas e a pactuação na unidade dos registros mínimos a serem feitos pela enfermagem.

9. Acolhimento dos novos trabalhadores da enfermagem: esse tema suscitou a construção de estratégias gerais para o projeto de "Acolhimento dos novos profissionais", sugestões (detalhadas) de como realizar o processo de acolhimento dos novos profissionais nas Unidades, levantamento das necessidades de capacitação técnica de novos profissionais, estabelecimento de metas e contrato com a equipe de enfermagem, observação dos impactos ocorridos nas unidades decorrentes da inserção dos novos profissionais.

10. Avaliação de serviço: esse último bloco temático retoma a discussão de linhas gerais para avaliar impacto das contratações além de ter como produtos a avaliação do papel da Unidade no alcance das metas do Pacto pela Vida no Termo de Compromisso assinado pelo Município, a recuperação e disponibilização do protocolo de Saúde da Mulher e a elaboração pela Câmara Técnica da Saúde da Mulher dos Indicadores mínimos para avaliação da área.

Em 2006, o CETS e a gestão Central da Secretaria de Saúde buscaram parceria junto à PUC/Campinas para desenvolvimento de uma investigação avaliativa sobre o processo de EP. Foi denominada "Avaliação das Atividades de Educação Permanente em Saúde no SUS-Campinas", com o objetivo de avaliar as ações de EP realizadas junto à gestão de centros de saúde na implementação do programa Saúde da Família, enquanto estratégia para a ampliação da integralidade no SUS Campinas. A partir da pesquisa, foram produzidos alguns trabalhos (SMEKE e

RIBEIRO, 2009; SMEKE e SILVEIRA, 2009; SMEKE e OLIVEIRA, 2009) com uma ampla descrição e avaliação do processo referente aos diversos distritos de saúde. Em relação ao Distrito de Saúde Sul, a avaliação foi muito positiva e os autores concluíram que:

“A conclusão foi que a EP contribuiu para a solução de vários entraves gerenciais, mas especialmente no fortalecimento da função de gestor local com foco na gestão do cuidado.” (SMEKE e RIBEIRO, 2009).

A breve descrição desse período serve para evidenciar a disposição da Secretaria de Saúde de investir em processos de educação permanente para os gestores.

Esse período, identificado pelos participantes como a “primeira etapa” do processo de educação permanente, terminou em 2010, motivado tanto pela impossibilidade da secretaria de prover os recursos necessários para sua continuidade, como pela avaliação, segundo a perspectiva tanto dos coordenadores das unidades básicas de saúde como dos facilitadores, de que apesar da avaliação positiva, houve um esgotamento do processo.

Com o término dessa etapa e em decorrência de uma mudança no cargo de Diretor do Departamento de Saúde de SMS, foi proposta a realização de um curso para os gestores nos moldes tradicionais. Criou-se um espaço de debate no SUS/Campinas sobre a formação de gestores. Entre outras possibilidades, o Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp apresentou proposta à Secretaria e ao CETS para a realização de um curso de especialização para formação de gestores em redes e sistemas de saúde, utilizando metodologia baseada em casos, denominada Balint-Paideia. O projeto contava com financiamento e não implicaria em gasto para o poder local. A universidade não recebeu resposta para a oferta.

Frente a essa conjuntura, o Distrito de Saúde Sul se posicionou no sentido de garantir um processo de Educação Permanente com estratégias pedagógicas que fossem compatíveis com a Política Nacional de Educação Permanente.

Apesar do encerramento dessa etapa da EP 2005/2010, a avaliação positiva desse processo alavancou um movimento dos coordenadores das unidades de saúde e apoiadores distritais, no sentido de garantir a continuidade de algum processo que proporcionasse espaços de reflexão e formação para os gestores.

Em dezembro de 2010, atendendo à solicitação dos gestores e com a possibilidade de disponibilização de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde para atividades dessa natureza, a Secretaria de Saúde de Campinas desenvolveu o “Projeto de Educação Permanente para gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas” – PEPG-SMS

Nos dois grupos focais realizados, ao colocarmos o PEPG-SMS (2010/2012) em análise, os gestores se reportaram, quase que automaticamente, ao processo de EP desenvolvido entre 2005/2010, reconhecendo sua importância.

Identificaram uma postura ativa dos gestores locais e distritais na definição de continuidade de processos de EP para gestores e na manutenção, pela Secretaria Municipal de Saúde, de processos de EP como diretriz de governo.

Apontam diferenças entre os dois processos e reconhecem a importância do primeiro ancorado basicamente em dois aspectos: a centralidade da figura dos facilitadores e a importância da manutenção de espaços coletivos de reflexão do gestor sobre seu papel.

Várias falas, como podemos identificar na construção das narrativas, se referiram às características do papel de facilitador, colocando-o em um lugar de saber que os gestores relacionaram à possibilidade de impulsionar o processo de aprendizagem. Apontam que os facilitadores articulavam e fechavam as discussões, teorizavam, apresentavam textos para leitura, sendo ponto de apoio no processo, que os instrumentalizava para lidar com a prática gestora. As características pessoais e o modo de agir dos facilitadores produziram imagens que se associavam à valorização da figura do professor como central para o processo de ensino aprendizagem, provocando inclusive um sentimento de orfandade ao término do programa.

Com relação à disposição de luta pela manutenção de processos de EP, uma das possibilidades que aventamos é de que ocorreu devido à identificação, pelos

gestores, da necessidade de manter algum espaço coletivo de produção, onde pudessem se fortalecer ou até resistir à falta de diretrizes claras e de políticas públicas direcionadas para o fortalecimento do SUS, com produção de autonomia, de atenção qualificada e de gestão mais democrática. Uma tentativa de usar os espaços educativos em substituição a espaços gestores empobrecidos, em um movimento de resistência a um contexto adverso e pouco participativo.

Nesse sentido, o sentimento de orfandade provocado pela centralidade da figura dos facilitadores pode ser atribuído tanto à sensação de vácuo de formulação e diretrizes para a política pública de saúde como à representação social da figura do professor como detentor do saber. No caso da EP em discussão, nos parece, que os professores conseguiram concretizar na prática esta representação imaginária.

4.3 Educação Permanente para gestores 2011/2012

O Projeto de Educação Permanente para gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas – PEPG-SMS (CAMPINAS, 2010) foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde e apresentado ao Ministério da Saúde visando à obtenção de recursos financeiros para sua realização. A proposta foi aprovada e o projeto teve início no início no primeiro semestre de 2011.

Na proposta, os gestores da SMS assumiram a responsabilidade de elaboração de projeto educativo que contemplasse a complexidade do sistema público de saúde municipal e que contribuísse para a qualificação da gestão, potencializando os recursos disponibilizados para a rede de serviços e atendendo a demanda de seus gestores intermediários e de seus trabalhadores. Reconheceu-se o desenvolvimento gerencial como atribuição estratégica da SMS e imprescindível para a consolidação do SUS. Valorizaram-se as experiências de formação já vivenciadas pela instituição como meio de reforçar a necessidade de maiores investimentos devido à incorporação de novos gestores, o crescimento e rotatividade de profissionais na rede de serviços, a necessidade de capilarização

dos processos educativos para o interior da instituição e do envolvimento das áreas ainda não envolvidas (CAMPINAS, 2010)

O objetivo geral do projeto foi ampliar a capacidade gestora da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e os graus de corresponsabilização de trabalhadores e gestores dos vários níveis de atenção para melhorar a assistência à saúde de Campinas e região, em redes solidárias, humanizadas, eficientes e efetivas.

Entre os objetivos específicos encontravam-se a necessidade de atender às demandas de reflexão sobre prática e a criação de espaços de troca de experiências e saberes entre os gestores dos departamentos, distritos e serviços; a capilarização dos debates de modo a atingir os trabalhadores das equipes de saúde; a capacidade de lidar com conflito incentivando o protagonismo dos trabalhadores; a ampliação da capacidade dos gestores em lidar com os dispositivos e ferramentas da gestão colegiada; a ampliação da capacidade de manejo dos vários dispositivos e ferramentas que melhorem o cuidado individual e coletivo: acolhimento, clínica ampliada, projetos terapêuticos singulares e vigilância à saúde e o desenvolvimento da capacidade dos gestores em lidar com atividades meio na perspectiva de construção de eficácia e efetividade (CAMPINAS, 2010).

Inicialmente o programa previa a formação de 250 gestores da SMS, número esse que passou para 335 gestores no início do programa (CAMPINAS, 2010b).

Em relação ao Programa de EP desenvolvido entre 2005/2010, o público previsto para esse segundo processo foi mais abrangente, incluindo, pela primeira vez, os gestores do nível central da SMS, pessoal do Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional, Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Saúde, Departamento Administrativo, Departamento de Gestão Financeira e Coordenadoria de Vigilância em Saúde, além dos gestores e apoiadores distritais e os coordenadores de todos os serviços de saúde de cada um dos cinco distritos (ambulatórios de especialidades, SAD,

PAs, CAPS, Centros de Convivência, Moradias terapêuticas, VISA) e não somente coordenadores de unidades básicas.

Metodologicamente, o PEPG – SMS se propôs a desenvolver as atividades dentro dos princípios da educação permanente, comprometendo-se com uma metodologia compatível com a pedagogia crítica e com o aprendizado significativo, construído a partir da realidade do trabalho e com as mudanças das práticas.

Foram constituídos 06 coletivos, sendo 01 do nível central da SMS e um de cada distrito de saúde, com uma média de 30 a 40 gestores em cada grupo. No coletivo do Distrito de Saúde Sul estavam incluídos 10 coordenadores e gerentes do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti (HMMG). Para acompanhamento dos coletivos, cada grupo contou com 03 ou 04 facilitadores escolhidos entre os apoiadores distritais, apoiadores do HMMG e coordenadores de serviço, contando sempre com um membro da equipe do CETS e do nível central da SMS.

Os facilitadores participaram de um processo formativo inicial, com uma carga horária de 60 horas, no período de janeiro a abril de 2011, quando foram abordados os seguintes temas: “O que é Educação Permanente” (aspectos relacionados à natureza metodológica, à reflexão sobre o processo de trabalho e aos resultados da ação educativa) e “O que é ser facilitador de Educação Permanente”. Participaram desse processo 43 facilitadores. Foram mantidos encontros mensais de facilitadores durante o desenvolvimento do programa visando à continuidade de seu processo formativo. (CAMPINAS, 2010b). Como profissional de uma das unidades de saúde incluídas do projeto, a pesquisadora participou dos dois primeiros encontros de formação de facilitadores. Posteriormente foram incluídos nesse processo formativo dois profissionais do HMMG para atuarem como facilitadores.

O Distrito de Saúde Sul deu início ao programa contando com 08 facilitadores (04 do Distrito, 02 do HMMG, 01 CETS e 01 do Nível Central da Secretaria).

Para a organização, implantação e apoio ao desenvolvimento do programa constituíram-se dois grupos de trabalho: Grupo Gestor com representantes do

CETS, da SMS, dos 05 Distritos e do HMMG e um Grupo de Apoio Pedagógico composto por profissionais do CETS.

A carga horária do programa foi de 360 horas, distribuídas entre encontros presenciais mensais dos coletivos, atividades de dispersão e encontros gerais de todos os coletivos, a cada 3 meses aproximadamente.

O Coletivo do Distrito de Saúde Sul optou por encontros presenciais mensais de 08 horas de duração, com 16 horas mensais previstas para a realização das atividades de dispersão. Foi composto por 61 participantes, sendo:

Gestores do Distrito de Saúde Sul

- 01 Coordenador Distrital
- 27 Gerentes e Co-Gerentes das Unidades de Saúde
- 12 Apoiadores Institucionais

Gestores do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti

- 10 Gerentes de Unidades Hospitalares
- 02 Apoiadores Institucionais

Gestores do Nível Central

- 01 Apoiador Institucional

Facilitadores da Educação Permanente

- 08 (04 do Distrito, 02 do HMMG, 01 do CETS e 01 do Nível Central)

A participação nos encontros do coletivo Sul manteve uma média de 36 participantes.

O desenho operacional dos encontros foi prerrogativa de cada coletivo e o Distrito Sul se organizou inicialmente em 04 subgrupos respeitando a organização territorial daquele momento e do processo de trabalho dos apoiadores com as unidades. Cada subgrupo foi acompanhado inicialmente por 02 facilitadores. No decorrer dos dois anos de duração do processo ocorreram algumas alterações e saída de facilitadores. As desistências se deram por mudanças de local de

trabalho e licença gestante. Dois facilitadores, que eram apoiadores institucionais, assumiram a gerência de unidades de saúde se tornaram especializando. Apesar das tentativas de substituição, o programa terminou com 05 facilitadores.

O papel atribuído ao facilitador e ao apoiador institucional foi diferenciado. Coube ao apoiador o acompanhamento da dispersão no território com coordenadores e equipes o que incluía o acompanhamento do preenchimento da Ficha de Avaliação Individual dos participantes que apoiavam. O facilitador assumiu a coordenação e operacionalização do processo pedagógico de cada grupo sob sua responsabilidade, se responsabilizando pela organização dos encontros presenciais e por atuar como referência aos apoiadores distritais. A definição dos temas a serem abordados foi feita coletivamente, partindo da necessidade apontada pelos participantes, bem como as atividades de dispersão a serem desenvolvidas pelo gestor local e sua equipe, acompanhadas pelo apoiador distrital.

O processo de avaliação dos participantes foi definido levando-se em conta os seguintes critérios: frequência mínima de 75%, elaboração e apresentação das atividades gerenciais, participação ativa no processo e registros e parecer do facilitador. Segundo registro no Caderno do Facilitador – 2010, o portfólio reflexivo apareceu como sugestão de tema para ser abordado inicialmente com os facilitadores e avaliado a possibilidade de utilização com os participantes.

Para o grupo de gestores do coletivo sul foram realizados 12 encontros no período de junho de 2011 à dezembro de 2012.

Descrevemos a seguir resumo (quadro 4) dos encontros presenciais do coletivo do Distrito de Saúde Sul com relação ao tema principal abordado em cada encontro e a atividade de dispersão pactuada

Quadro 4 - Encontros presenciais realizados no Coletivo do Distrito de Saúde Sul com principais temas abordados e atividades de dispersão pactuadas

Ano	Data	Tema Principal	Atividade dispersão
2011	15/06	Acolhimento dos participantes Parceria com o HMMG Contrato EP	<ul style="list-style-type: none">• Planejar e viabilizar ações para ampliar a reflexão do tema “Educação permanente” em sua unidade;• Registrar os principais pontos/aspectos levantados

		Conceito de Educação Permanente	e os respectivos desdobramentos no cotidiano; <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar uma reflexão pessoal sobre este processo e suas repercussões no papel gerencial.
	31/08	Capilarização da Educação Permanente nas Unidades	Carta: “O que faço ou pretendo fazer com o que penso sobre o que vejo.” (Sobre a capilarização do processo na unidade)
	01/09	GRANDE ENCONTRO (com os 06 coletivos)	Presença do Prof. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
	21/09	Mapeamento e definição dos temas a serem trabalhados na EP: Gestão com o olhar para a equipe Gestão com o olhar para o fortalecimento de rede	Construir com a equipe um “desenho” que represente a organização das equipes que compõem a unidade (aponte fluxos, espaços de tomada de decisão, pontos de maior dificuldade e conflitos) Construir com a equipe um “desenho” que represente seu serviço e os serviços com quem se relacionam no sistema (descreva papel dos serviços, dificuldades ou conflitos na interface)
	26/10	Reflexão sobre o cotidiano da prática gerencial do SUS Campinas à partir da dispersão sobre gestão de redes e gestão para a equipe	Buscar fundamentação teórica nas bases de dados indexados para as seguintes questões: A dor da solidão faz parte do papel do gestor? Como potencializar meu papel de gestor no cotidiano do SUS campinas? Como fazer gestão num contexto de crise?
	09/11	Ampliar conceito de avaliação, apresentar e discutir a planilha de avaliação e proposta de portfólio reflexivo	Entrega das planilhas individuais de avaliação até 15/12
	30/11	Pesquisa bibliográfica e construção de textos (Realizado duas Oficina de busca de referências bibliográficas)	Realização da pesquisa bibliográfica com o tema pactuado em 26/10. (Ausência dos gestores do HMMG)
	14/12	GRANDE ENCONTRO (com os 06 coletivos)	Presença do Prof. Ricardo Burg Ceccim
2012	14/03	Relação entre as atividades gerenciais proposta na EP com a gestão cotidiana e o preenchimento da planilha de avaliação Síntese do processo de teorização sobre “a solidão do gestor”	A partir do seu texto e da construção realizada no grupo, ampliar a discussão com a equipe, verificando a possibilidade de aplicação destes conceitos na prática cotidiana de gestão. Registrar os movimentos realizados e a reflexão sobre os resultados alcançados.
	21/03	Pactuação e Participação dos gestores HMMG na EP (encontro com subgrupo de gestores do HMMG)	Realização da pesquisa bibliográfica com o tema pactuado em 26/10

18/04	A solidão na gestão do cotidiano. (Encerramento do ciclo de aprendizagem)	Construir junto com a equipe apresentação de uma experiência significativa vivenciada na unidade
30/05	GRANDE ENCONTRO (com os 06 coletivos)	Presença do Secretário de Saúde
20/06	Definição de novo Nó Crítico a ser enfrentado Tema escolhido: Protagonismo do gestor/equipe	Construção de texto e/ou apresentações sobre as questões que cada subgrupo/eixo escolheu como disparadora para suas atividades gerenciais Focos: Protagonismo e fortalecimento do gestor e da equipe
27/06	GRANDE ENCONTRO (com os 06 coletivos) Redes de Assistência à Saúde. Decreto 7.508/2011	Presença de apoiadores do Ministério Denizi Reis, Daniel Carvalho e Carmem Carpintéro
15/08	Teorização das Questões de Aprendizagem	Realizada por subgrupos 1. Identificar no cotidiano da gestão atitudes que favoreçam o protagonismo do gestor e da equipe 2. Realizar pesquisa bibliográfica sobre trabalho em rede 3. Realizar pesquisa bibliográfica sobre protagonismo do gestor e do apoiador na potencialização dos processos de trabalho
17/10	Protagonismo e Capilarização (Encerramento do ciclo de aprendizagem)	Relato das atividades gerenciais com aplicação no cotidiano das discussões do encontro anterior: capilarização e protagonismo.
23/10	GRANDE ENCONTRO (com os 06 coletivos) Protagonismo do Gestor	Presença do Dr. Ademar Arthur Chioro dos Reis
28/11	Avaliação do PEP Coletivo Sul	Avaliação e encerramento do PEP Gestores Coletivo Sul
11/12	GRANDE ENCONTRO (com os 06 coletivos)	Avaliação do PEP Gestores Presença da Dra. Laura Feuerwerker

Fonte: Relatórios dos encontros do PEPG – SMS do coletivo do distrito de Saúde Sul

Ao final de cada encontro do coletivo do distrito sul era realizado uma avaliação tendo como base as seguintes perguntas norteadoras: O que mais gostou durante o processo?; O que não gostou?; Sugestões e propostas. A avaliação era trabalhada e considerada para a organização dos encontros subsequentes.

Além dos encontros dos coletivos, onde se dava propriamente o desenvolvimento do programa, foram realizadas reuniões do grupo gestor, do grupo de apoio

pedagógico e do grupo de facilitadores, geral e do distrito sul, todos objetivando dar sustentação e apoio ao programa em curso.

Na trilha da educação problematizadora, inspirada em Paulo Freire, Colombo e Berbel (2007) apontam o “Arco de Maguerez” como um dos caminhos para a aplicação de uma metodologia que privilegie a reflexão sobre a prática com vista a sua transformação. O “Arco de Maguerez” foi elaborado na década de 70 do século XX e tornado público por Bordenave e Pereira a partir de 1977. Esquemáticamente, o Arco apresenta cinco etapas: observação da realidade e definição do problema, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. (COLOMBO E BERBEL – 2007).

Com relação às estratégias pedagógicas, o PEPG-SMS se propôs a desenvolver as atividades dentro dos princípios da educação permanente, comprometendo-se com uma metodologia compatível com a pedagogia crítica e com o aprendizado significativo, construído a partir da realidade do trabalho e com as mudanças das práticas. No coletivo do Distrito de Saúde Sul, os encontros foram organizados na lógica do “Arco de Maguerez”, buscando percorrer as etapas propostas por esse caminho metodológico.

Em consonância com os princípios básicos da educação permanente e com o material produzido em campo, vamos discorrer sobre a abordagem metodológica do programa em análise enfocando dois momentos: as **estratégias pedagógicas**, que incluem a leitura de mundo/observação da realidade, aprendizagem significativa/tematização, problematização, teorização e mudança nas práticas gestoras e de cuidado e a **organização do processo pedagógico** incluindo o papel do facilitador, do apoiador, do gestor/educando e dos gestores do processo de EP, discussão sobre avaliação e certificação do processo.

No processo de observação participante, presenciamos no 9º encontro do coletivo sul o processo de escolha do tema. O coletivo foi subdividido em 03 subgrupos, cada um acompanhado por um ou dois facilitadores. A proposta de dispersão do encontro anterior foi a de identificação, junto às equipes, de experiências significativas no trabalho. Alguns gestores fizeram a atividade com suas equipes e

outros não conseguiram, alegando basicamente dois motivos: falta de tempo devido ao excesso de atribuições do gestor e vigência de um contexto muito adverso na secretaria, com demissão de funcionários, falta de medicamentos, exames laboratoriais, entre outros. O que presenciamos foram diversos relatos de experiências que culminaram na escolha do tema a ser tratado pelo coletivo nos próximos encontros. Relatamos abaixo, a título de exemplo três experiências (recolhidas de um universo muito maior) e a conseqüente identificação do tema, com o intuito de explicitar como se deu esse processo.

Relatos sobre experiências significativas recolhido nos 03 subgrupos:

Relato 1: A equipe de uma unidade, após discussão promovida pelo gestor, com os profissionais que trabalhavam tanto no período da manhã como no da tarde escolhe aprofundar as discussões sobre o que denominaram “traumas estruturais”, referência a 03 alagamentos e 01 incêndio que acometeu a unidade nos últimos meses. Apesar da situação crítica, a equipe identifica um saldo positivo, pois nessa situação foi possível reestruturar tanto alguns processos de trabalho fundamentais para a equipe como a redistribuição da equipe no espaço físico.

Relato 2: Gestor relata o impacto positivo de dois grupos da unidade: grupo de vivência com idosos e grupo de artesanato, com envolvimento intenso da equipe, que revela persistência e paixão pelo trabalho. Os grupos só aumentam, agregam voluntários, criam espaços novos como bailes e viagens. Identificam ações simples, que não envolvem “grandes tecnologias e que dão resultados”.

Relato 3: Gestor relata uma atividade de matriciamento da ortopedia na unidade, com envolvimento significativo da equipe, inclusive com o profissional médico vindo em horário diferente do seu habitual para participar. Avaliação bastante positiva e reflexão do quanto a atividade agregou significado ao processo de trabalho.

As situações significativas foram usadas como disparador para a escolha do tema de trabalho nos próximos encontros. Incluindo a diversidade dos relatos, a escolha

do tema em cada subgrupo, foi praticamente a mesma quer seja o protagonismo do gestor.

Nos outros coletivos distritais o “protagonismo do gestor” também foi um tema recorrente o que gerou a escolha do mesmo para a discussão no “Grande Encontro” (encontro que reunia os 06 coletivos da cidade) realizado em 23/10/2012.

Paulo Freire em “Pedagogia do Oprimido”, nos mostra que é a partir da situação concreta, que reflita o conjunto das aspirações de um grupo, que podemos organizar o conteúdo programático da educação. Para o autor, “o que temos que fazer, na verdade, é propor ao povo, através de certas contradições básicas, sua situação existencial, concreta, presente, como problema que, por sua vez, o desafia e, assim lhe exige resposta, não só no nível intelectual, mas no nível da ação”.

Na situação observada, a escolha do tema foi realizada pelos participantes e a partir de sua vivência cotidiana, de sua leitura de mundo, com a exposição dos alunos a um problema real, a observação da realidade.

Nos grupos focais realizados, os gestores indicaram que o primeiro ano do PEPG-SMS as temáticas desenvolvidas ficaram mais próximos da realidade local, onde tiveram a oportunidade de realizar o exercício de olhar a educação dentro do processo de trabalho.

Em Brasil (2009), Davine, M.C. ao fazer uma abordagem reflexiva sobre perspectivas na educação permanente de recursos humanos em saúde, reforça o enfoque teórico metodológico da Política de Educação Permanente colocando a problematização do trabalho como locus fundante do processo de ensino aprendizagem. Em suas palavras:

“Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, que no trabalho também se aprende. A situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da

prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco.” (BRASIL, 2009)

É a partir da leitura do mundo, da observação da realidade que se configura a possibilidade de identificação de discrepâncias que se configurarão em problemas propriamente ditos. Na etapa seguinte, na problematização, são elencadas as possíveis causas e determinantes dos problemas observados, onde os participantes do processo podem entrar em contato com a complexidade imbuída nos problemas que emergem contextualizados da própria prática. Nesse caminhar chega-se ao momento de teorização.

Segundo Berbel (1998)

“Esta (teorização) é a etapa do estudo, da investigação propriamente dita. Os alunos se organizam tecnicamente para buscar as informações que necessitam sobre o problema, onde quer que elas se encontrem, dentro de cada ponto - chave já definido. Vão à biblioteca buscar livros, revistas especializadas, pesquisas já realizadas, jornais, atas de congressos etc.; vão consultar especialistas sobre o assunto; vão observar o fenômeno ocorrendo; aplicam questionários para obter informações de várias ordens (quantitativas ou qualitativas); assistem palestras e aulas quando oportunas etc.”

A teorização é o momento de busca de um interlocutor, é quando a análise coletiva do problema, o acúmulo de conhecimento do grupo e a troca de experiências não são mais suficientes para iluminar a solução dos problemas, ou para descobrir novos caminhos a serem trilhados. Teorização não é a apresentação de um texto que contenha respostas prontas às questões levantadas, seja ele fornecido pelo facilitador do processo de aprendizagem ou pelos alunos. A teorização se refere ao movimento de busca, de abstração, de possibilidade de agregação de novos aportes que gerem hipóteses de soluções para os problemas inicialmente apreciados na prática.

O processo de teorização foi um dos temas abordados pelos gestores nos grupos focais e reelaborados pelos atores nos grupo de devolutivas.¹¹

Nos grupos focais, os gestores referem falta de estímulo à procura de referencial teórico que desse suporte, junto com a troca de experiências para solucionar problemas da prática gestora. A apresentação de textos complementares aparece como necessário para suprir lacunas teóricas, sendo que parte dos gestores atribuiu essa função ao facilitador e parte dos gestores julga ser essa, uma responsabilidade tanto do facilitador como dos participantes, porém esse grupo refere encontrar dificuldade na busca de referencial teórico devido a sobrecarga de trabalho.

Nos grupos de devolutiva, esse núcleo é apreciado novamente pelos gestores e a temática tomou novos contornos incluindo a reflexão de que essa etapa do processo de aprendizagem é uma construção contínua e conjunta, que deve ser feita tanto por facilitadores como pelos gestores. Parte dos gestores sustentaram que a oferta teórica devia ter sido mais valorizada e usada estrategicamente como um “plano B” (em referência a preencher lacunas de tempo quando as discussões tinham se esgotado)

Para Freire (1987):

“A investigação temática que se dá no domínio do humano e não do das coisas, não pode reduzir-se a um ato mecânico. Sendo processo de busca, de conhecimento, por isso tudo, de criação, exige de seus sujeitos que vão descobrindo, no encadeamento dos temas significativos, a interpretação dos problemas.”

Tanto nos grupos focais como o de devolutiva, o momento de teorização foi percebido pelos gestores como tendo sido menos valorizado no processo.

Embora as etapas de um processo pedagógico não aconteçam linearmente, sendo constituída de inúmeras idas e vindas, didaticamente é a partir do momento de teorização que os participantes se sentem mais instrumentalizados para

¹¹ Ver anexo V - Quadro comparativo de núcleos argumentais Grupo focal I e II x Grupo de devolutiva /momento reflexivo I e II

elencar hipóteses de solução para os problemas considerados de modo a promover a transformação da realidade.

O PEPG-SMS foi desenvolvido com os gestores, o que implica considerarmos que essa etapa deva carrear um processo de capilarização que vá dos gestores até suas equipes e da equipe para o usuário, com possibilidade de imprimir mudança nas práticas gestoras e de cuidado.

Nos grupos focais os gestores referiram dificuldade em capilarizar o processo de EP para seus serviços, principalmente devido ao excesso de demanda diária. Ao discorrerem sobre o assunto apontam que a capilarização se deu de forma singular e contínua, incluindo variações que dependiam da identificação, pelo gestor, do momento pelo qual estava passando sua equipe, do contexto político e do acúmulo individual de cada gestor no exercício dessa atividade.

Identificaram que o movimento de aprendizado construído no PEPG-SMS refletiu na equipe de modos diversos, abarcando tanto a reprodução dos temas discutidos na EP como o tipo de abordagem usada durante os encontros do coletivo. Para estimular na equipe a reflexão sobre a prática, utilizaram diferentes recursos pedagógicos, compatibilizando singularidade e oportunidade. As discussões se deram através de espaços coletivos já existentes na unidade, como as reuniões de equipe, colegiados internos e reuniões do núcleo de saúde coletiva. Nesse sentido identificam que as atividades desenvolvidas em 2011, no primeiro ano do PEPG-SMS, tiveram maior potencial de envolver as equipes de trabalho das unidades promovendo mudanças internas no processo de trabalho e melhorando a relação entre os serviços do Distrito de Saúde Sul. Já em 2012, o segundo ano do PEPG-SMS, relataram que as discussões não refletiam a realidade vivenciada pelos gestores e eram incompatíveis com seus sentimentos. Vale lembrar que o segundo ano do programa de EP coincide com o agravamento da crise político administrativa da Prefeitura e da Secretaria Municipal de Saúde.

Com relação às mudanças da prática gestora atribuída ao PEPG-SMS, os participantes do grupo focal sentiram-se mais potentes na interlocução dialógica com a equipe, superando uma postura normativa e adotando uma postura interativa na relação gestor-equipe. O desenvolvimento desse papel e dessa

postura foi facilitada, no entender dos gestores, por outras iniciativas implantadas pelo Distrito e Secretaria de Saúde, como o processo de educação permanente dos enfermeiros, a organização da atuação dos núcleos de saúde coletiva e o projeto ICSAP (Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária)¹², na medida em que convergiram esforços para a qualificação do cuidado e facilitaram o envolvimento de outros membros da equipe.

Ressurge aqui a questão sobre a possibilidade de um gestor reproduzir o processo de educação permanente dentro da unidade, de modo que o processo educativo se alimente intensamente do cotidiano.

Nos grupos de devolutiva, com nova oportunidade de aproximação reflexiva dessa temática, os gestores consideram que a EP realizada com a equipe da unidade de saúde facilita a reflexão sobre a prática, uma vez que todos vivenciam o mesmo processo de trabalho, já a EP com gestores requereu ampliação do processo pois apesar dos participantes exercerem a mesma função gestora, o fato de estarem em diferentes unidades de saúde, acarretou vivências diferentes, gerando dificuldades na escolha do tema/problema a ser enfrentado e em combinar diretriz geral com singularidade de atuação

Ao retirarmos os gestores de sua unidade de saúde, para desenvolver um processo educativo, temos a possibilidade de ampliar a diversidade de assuntos de interesse e a troca de experiência, mas podemos perder em especificidade na discussão dos problemas reais e diários enfrentados por sua equipe. Se pensarmos o processo de educação permanente de gestores como um “curso”, ele pode não caber na dinâmica da unidade de saúde, mas se pensarmos em que espaços tem essa unidade e seu gestor de criar uma prática dialógica promotora de um novo jeito de produzir saúde, podemos vislumbrar movimentos de mudanças no sentido da democratização da prática gestora e da qualificação do cuidado.

A nosso ver, a questão da capilarização da EP, permeou o PEPG-SMS como um todo e na percepção dos gestores, expressa nos grupos focais e de devolutiva,

¹² O Projeto ICSAP é um projeto desenvolvido em parceria entre o Hospital Municipal Dr. Mário Gatti e o Distrito de Saúde sul, que visa a qualificação do cuidado oferecido pela rede de serviços, buscando a garantia de acesso e a continuidade do cuidado, através do estabelecimento de mecanismos de integração entre os serviços responsáveis pela atenção às CSAP.

essa possibilidade está intimamente ligada à capacidade do processo educativo estimular que o gestor leve para sua equipe um novo jeito de fazer gestão, mais dialógico, mais interativo, mais inclusivo e menos burocrático.

CECCIN (2005), reforça:

“Os saberes formais devem estar implicados com movimentos de auto-análise e autogestão dos coletivos da realidade, pois são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas.”

Os gestores relatam que esse segundo momento de EP, se comparado ao processo realizado entre 2005/2010, não teve relação direta com o cuidado, mas influenciou no atendimento do usuário na medida em que proporcionou a reorganização do processo de trabalho.

Provavelmente em decorrência desse processo de educação permanente ter sido desenvolvido com gestores, emergiu um novo núcleo argumentativo, qual seja **a relação entre os espaços de aprendizagem e os espaços gestores**, que ora se mostravam como complementares, ora como antagônicos.

Esse núcleo aparece espontaneamente nos grupos focais, é reconsiderado com riqueza de detalhes nos grupos de devolutivas e identificado pela pesquisadora na observação participante.

Nos grupos focais, os gestores colocaram que a relação com a Secretaria Municipal de Saúde deve ser tratada fora dos espaços reservados para o processo de educação permanente, considerando que as mesmas deveriam ser realizadas em espaços tipicamente gestores. Consideram a EP como espaço de reflexão do papel do gestor: “Quem sou eu dentro dessa equipe?” Um espaço para sentar, conversar e refletir juntos. Socializar, trocar experiências, pensar em ações de crescimento. Por outro lado identificam dificuldades em manter os encontros de educação permanente frente ao contexto político adverso (com demissões de funcionários, troca de Secretários de Saúde e de gestores atuantes em nível central e regional, falta de medicamentos e materiais, suspensão de

realização de exames laboratoriais, entre outros), gerando inclusive indisposição para a discussão dos temas elencados.

Nos grupos de devolutiva, com a problematização das questões relativas ao tema, emergiram inúmeras considerações que reproduzimos esquematicamente a seguir.

Com relação à governabilidade de espaço educativo:

- O espaço de EP não tem governabilidade, pois não inclui atores necessários na discussão/encaminhamento de temas.
- As atividades gestoras que diziam respeito à relação com a Secretaria de Saúde foi vista como parte integrante do papel do gestor e poderia ser tratada no espaço de EP, mas não foi, pois nos encontros distritais não havia a presença dos representantes do nível central e os encontros gerais não incluíram essa discussão.
- O espaço de EP possibilita aumentar a governabilidade e definir estratégias de ação em outros espaços gestores.
- Espaço de EP e espaço gestor se misturam e são potencializados a partir da diferenciação da governabilidade de cada espaço.

Com relação ao protagonismo de gestor:

- A EP proporciona o aprendizado de “Ser protagonista” em diversos espaços.
- O tema protagonismo foi trazido pelos gestores. Sua discussão foi pertinente no momento da crise, pois cumpria a função de fortalecimento dos gestores para atuação.
- A discussão sobre protagonismo dos gestores também contribuiu para que o gestor local ficasse sozinho com a responsabilidade da transformação da realidade adversa.

Com relação ao contexto de crise política administrativa:

- Falta de estímulo em participar da EP no momento político adverso frente à avaliação de que a EP não estava ajudando a identificar caminhos para resolver a crise.

Ao compararmos a reflexão dos gestores nos grupos focais com os grupos de devolutivas, percebemos um aprofundamento do tema em pauta, que passa a considerar a possibilidade dos espaços formadores da EP serem passíveis da ação protagônica dos gestores pra aumentar a governabilidade em diversos espaços. Essa postura não foi unânime, persistindo avaliações de que a EP não contribuía para o enfrentamento de crise política administrativa e questionamentos sobre o protagonismo, como uma maneira de responsabilizar os gestores locais pela superação de uma realidade adversa.

Durante o período de observação participante, pudemos vivenciar um encontro dos seis coletivos, que nos parece significativo com relação a esse núcleo temático, motivo pelo qual vamos relatá-lo a seguir.

Era para ser um encontro do coletivo do nível central que se transformou em “Grande Encontro”, incluindo o coletivo de todos os distritos. A proposta foi discutir o Decreto 7508/11 que trata da relação interfederativa. Durante o encontro foi discutido a lógica proposta para a operacionalização do novo decreto, a ênfase nas regiões da saúde como lugar privilegiado para exercer a assistência, o planejamento e a relação intergovernamental; o mapa da saúde como dispositivo diagnóstico privilegiado, a RENASES (Relação Nacional de Serviços de Saúde), a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), o COAP (Contrato organizativo de Ação Pública), as redes de atenção à saúde horizontalizada, com base dialógica e privilegiando a construção de vínculos, tendo na estratégia de Apoio novas formas de um agir mais democrático, comunicativo e integrador. O encontro foi organizado de modo a ter uma série de apresentações de palestrantes e posterior debate. Porém no final da primeira apresentação, os participantes se mostraram inquietos e extremamente incomodados. Um dos membros do grupo coordenador do PEPG-SMS, sensível ao movimento identificado, interrompeu o encontro e, como o objetivo de trazer à tona os motivos da inquietação do grupo, propôs a realização do “cochicho” (técnica em que os participantes conversam por alguns minutos sobre determinado tema com posterior explicitação para o coletivo). Os participantes se reorganizaram rapidamente, apesar da dificuldade de articulação em um grupo que contava com aproximadamente 250 pessoas. Ao

término de vinte minutos, ao compartilhar o “cochicho”, o que emergiu foram as dificuldades enfrentadas pelos gestores no contexto político administrativo. A ênfase recaiu sobre as dificuldades advindas do término do contrato com o Serviço de Saúde Candido Ferreira, que implicava na demissão de muitos profissionais, causando desassistência. Nesse sentido a região Sudoeste explicitou a situação crítica do Laboratório Municipal, onde as demissões inviabilizaram o atendimento da demanda (19 profissionais seriam demitidos, sendo que 03 já tinham saído), solicitaram um pacto de redução de exames, denunciando a dificuldade de conseguir conversar com “a Secretaria” sobre a situação. O clima de descontentamento foi agravado pelo boato da demissão de 03 diretores (o diretor do Fundo Municipal de Saúde, o diretor do Departamento de Recursos Humanos e a coordenadora da COVISA – Coordenadoria de Vigilância à Saúde). As próximas manifestações dos gestores foram no sentido de identificação de estratégias para enfrentamento da situação.

Como encaminhamento imediato, o coletivo decidiu organizar uma comissão com os coordenadores Distritais para conversar com o Secretário da Saúde. A comissão se retirou com essa finalidade, e voltou no fim da tarde, junto com o Diretor do Departamento de Saúde, quando novas discussões sobre alternativas para lidar com as situações concretas foram encetadas.

Na situação relatada, e explicitação do conflito possibilitou a inclusão de uma nova forma de condução do encontro e evidenciou a atuação dos gestores no contexto político à partir de um encontro inicialmente programado para ser um espaço formador.

“Não há vida nem humana existência sem briga e sem conflito. O conflito parteja a nossa consciência. Negá-lo é desconhecer os mais mínimos pormenores da experiência vital e social. Fugir a ele é ajudar a preservação do *status quo*.” FREIRE (1994)

Logo após esse encontro, tivemos a oportunidade de participar, de duas reuniões do grupo gestor do PEPG-SMS, que incluía representantes de todos os distritos de saúde. Os membros refletiram muito sobre esse momento, considerando-o

fundamental na articulação dos espaços formadores e dos espaços tipicamente gestores. Dois focos apareceram com clareza: para o coletivo do nível central, que vinha fazendo a discussão de estratégias de capilarização do “decreto” com a rede de serviços, esse “grande encontro” funcionou como um momento de teorização, ou seja o coletivo estava em um momento de busca de interlocução com as questões relacionadas à sua própria prática, mas para os coletivos distritais, o encontro teve mais um efeito de sensibilização para o tema, que não configurava entre suas escolhas de problemas a serem abordados.

Os coletivos distritais, ao avaliarem esse encontro, valorizaram quase que exclusivamente a possibilidade de atuação no contexto político administrativo. Identificaram a crise política como propulsora de uma postura protagônica dos gestores e que o espaço de Educação Permanente foi potente, naquele momento, para disparar as discussões consideradas fundamentais para os gestores, apesar da identificação de uma perda de governabilidade geral, não só das unidades e distritos de saúde, mas da própria Secretaria de Saúde.

Perguntamo-nos então se esse movimento articulado pelos gestores, no espaço de formação, não seria um indicativo de problematização da prática gestora com vistas a sua transformação. Um indicativo de movimento de saída do lugar de impotência e desânimo frente ao contexto político adverso para um lugar de sujeito do processo de mudança.

FREIRE (1987), ao discutir a contradição entre opressores-oprimidos e sua superação, nos provoca:

“Quem, melhor que os oprimidos, se encontrará preparado para entender o significado terrível de uma sociedade opressora? Quem sentirá, melhor que eles, os efeitos da opressão? Quem, mais que eles, para ir compreendendo a necessidade da libertação? Libertação a que não chegarão pelo acaso, mas pela práxis de sua busca; pelo conhecimento e reconhecimento da necessidade de lutar por ela.”

Por outro lado, cabe-nos não desconsiderar a parte dos gestores que perceberam o espaço de EP com pouca governabilidade, não contribuindo para o enfrentamento da “crise política”, levando-nos a perguntar o quanto o espaço formativo conformado no PEPG-SMS teve de potência agenciadora da transformação da realidade e porque.

Passaremos agora a abordar a **organização do processo pedagógico**, notadamente as questões relacionadas ao papel do facilitador e o processo de avaliação/certificação do PEPG-SMS.

Nos grupos focais o papel dos facilitadores foi apreciado a partir de duas perspectivas, sua atuação nos encontros presenciais e nos intervalos entre um encontro e outro, onde deveriam ser desenvolvidas as atividades de dispersão, ou seja as atividades gerenciais construídas nos encontros presenciais.

Com relação aos encontros presenciais, parte dos gestores fez uma avaliação positiva dos facilitadores principalmente por estimularem a reflexão sobre a prática e pela capacidade de síntese, e parte dos gestores apontaram alguns facilitadores como autoritários e que não esclareceram suficientemente a metodologia. Os disparadores utilizados no processo de aprendizagem foram identificados por alguns gestores, como mais potentes para estimular os gestores novos do que os mais experientes.

Nos períodos de intervalo entre os encontros presenciais, os gestores sentiram a ausência do facilitador, principalmente para planejar as atividades gerenciais. Perceberam os facilitadores mais próximos da equipe organizadora do PEPG-SMS do que dos especializandos.

Vale lembrar que no desenho do programa a função de acompanhar a realização das atividades gerenciais no período de dispersão está atribuída ao Apoiador Institucional, que participa do PEPG-SMS como especializando, mas que tem dentro das atribuições do seu cargo o acompanhamento da implantação das diretrizes institucionais. Em um dos casos, quando coincidiu do facilitador ser também o apoiador institucional, o acompanhamento dessas atividades pôde ser facilitado.

Nos grupos de devolutiva os gestores retomaram a discussão sobre o papel dos facilitadores, mantiveram a análise de falta de acompanhamento das atividades de dispersão tanto dos facilitadores como dos apoiadores institucionais, assim como sentiram a falta dos facilitadores singularizarem o apoio às dispersões segundo a necessidade de cada gestor. Porém reconsideraram a relação facilitador-gestor a partir da ótica da co-responsabilização dos gestores pelo seu processo de aprendizagem, tanto para solicitar ajuda como para exercer sua autonomia na realização das atividades propostas no PEPG-SMS

No período de observação participante, tivemos a oportunidade de participar de 05 reuniões de facilitadores do Distrito de Saúde Sul e 05 encontros de facilitadores de todos os Distritos. No Distrito Sul o foco das reuniões era a preparação dos encontros presenciais do coletivo sul, que incluía centralmente os aspectos pedagógicos, na busca e reavaliação constante de papel do facilitador no sentido de se prepararem para manter o desenho metodológico escolhido, seguindo as etapas do “Arco de Magueréz”. Algum tempo também foi investido na organização estrutural, como a definição do local de realização dos encontros, café, distribuição dos grupos, entre outros. Os facilitadores do coletivo sul sentiram-se atravessados pelo esvaziamento do espaço coletivo de preparação dos encontros, concretizado pela real diminuição do número de facilitadores (iniciaram com 08 facilitadores e terminaram o processo com 05) e pela ausência dos mesmos nas reuniões (das 05 reuniões que participamos, nenhuma contou com a presença dos 05 facilitadores). A ausência foi justificada pela sobrecarga de trabalho dos facilitadores e pela crise político administrativa da Prefeitura/Secretaria de Saúde.

Os encontros de facilitadores de todos os distritos se configuraram como espaços de continuidade da formação do facilitador. Relatamos abaixo um desses encontros, visando exemplificar o movimento reflexivo que presenciamos durante a observação participante.

O encontro ocorreu em agosto de 2012 com a presença de facilitadores de todos os distritos, participantes do grupo gestor e do grupo de apoio pedagógico. Como

disparador foi proposto a seguinte reflexão: Como está sendo o processo de organização dos encontros de EP nos diversos coletivos, no contexto atual?

O encontro ocorreu em um dia de paralisação na Secretaria Municipal de Saúde, devido à suspensão do abono - insalubridade de todos os servidores da saúde, agravado pela demissão de um diretor de Distrito de Saúde.

Todos os coletivos viveram mudanças nos quadros de facilitadores.

A discussão trouxe a tona a reflexão sobre o papel do facilitador que foi identificado pelo grupo como de mediador no processo de ensino-aprendizagem. Considerando o contexto político administrativo adverso, reconheceu-se a importância de EP como preservação do espaço coletivo. Entretanto as considerações sobre o contexto, apesar de gerar desânimo nos participantes, colocaram em cena a discussão sobre o *espaço gestor – espaço de formação*, à semelhança do que ocorreu nos grupos focais realizados com os gestores das unidades. Esse núcleo argumentativo gerou dois tipos de postura nos participantes: a de que a EP enquanto processo de formação não deveria se ater a discutir a crise política, “quando discute a crise não é EP. Se não tem lista de presença, tema, não é EP”, e a outra postura foi de que “se o contexto é de crise, vamos trazer a crise para dentro da EP”.

Todos concordaram que os encontros entre os facilitadores foram espaços de aprendizado, de troca de experiência, de instrumentalização e retroalimentação para o desenvolvimento do papel.

Transcrevemos abaixo o depoimento de um dos facilitadores nesse encontro:

“O cansaço e o esgotamento é cíclico e a gente vai trocando de lugar. Trabalhar em grupo a gente se retroalimenta. Seria esquizofrênico se estivéssemos cheio de energia e tocando a vida normal (se referindo ao contexto político). A EP dos facilitadores para mim é lugar de respiro. Os vários encontros dos facilitadores foram para isso, e muitas vezes nós não conseguimos cumprir”

Percebemos nos dois espaços, o de facilitadores do Distrito Sul e o dos facilitadores de todo o PEPG-SMS uma disposição dos facilitadores para se colocarem em análise, se co-responsabilizando pelo processo de ensino-

aprendizagem, visão essa corroborada somente em parte, pelos gestores participantes do grupo focal.

O **processo de avaliação/certificação** do PEPG-SMS foi organizado conforme relatado anteriormente usando os critérios de frequência, realização das atividades gerenciais propostas nos encontros presenciais, participação ativa no processo e registro e parecer do facilitador. O uso do portfólio reflexivo surge como sugestão para utilização com os participantes do programa.

A utilização do portfólio no processo de ensino-aprendizagem está em consonância com o pensamento pedagógico reflexivo, pois permite ao participante do processo, oportunidades para refletir, diagnosticar as suas dificuldades, auto-avaliar seu desempenho e auto-regular sua própria aprendizagem. (SILVA, R.S.& CHAVES, I. S. 2008)

O portfólio reflexivo é uma estrutura organizacional que enfoca o processo individual de aprendizagem, de natureza reflexiva e dinâmica, que deveria guardar coerência com os objetivos do processo de aprendizagem proposto. Na prática, o portfólio deveria reunir a produção do participante do processo educativo ao longo de certo período de tempo, que traduza a auto reflexão, aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

Além disso, a construção e acompanhamento do portfólio pode ser visto como um momento de parceria entre facilitador-participante e a partir da discussão conjunta promover a autonomia do formando.

No PEPG-SMS foi proposta uma planilha específica para a efetivação dos registros das atividades gerenciais realizadas entre os encontros.

No Distrito de Saúde Sul, o encontro do dia 09/11/2011 foi dedicado à discussão e ampliação do conceito de avaliação, onde foi apresentada a planilha definida como parte do processo de certificação e sugerido seu preenchimento na lógica de construção de um portfólio reflexivo. Parte da carga horária necessária à certificação estava embutida nesse instrumento.

A despeito desses supostos movimentos reflexivos desenvolvidos pelos facilitadores do Distrito de Saúde Sul durante o processo, a planilha foi considerada pelos gestores e apoiadores como inadequada.

Nos grupos focais, foi verbalizada a falta de orientação e acompanhamento para preenchimento da planilha, assim como de devolutiva dos facilitadores após o preenchimento das mesmas. A planilha foi identificada como um instrumento exclusivo para certificação, onde os gestores anotaram inicialmente, somente as atividades definidas nos encontros presenciais para os momentos de dispersão. Próximo ao término do programa, as anotações planilhadas passaram a ser mais abrangentes, incluindo o rol das atividades diárias do gestor e a qualificação das mesmas. Parece-nos que essa postura, tanto pode estar relacionada à necessidade de completar a carga horária do curso, quanto ao reconhecimento no final do processo de que as atividades gerenciais geradas pelo processo de EP faziam parte do dia-a-dia.

Nos grupos de devolutiva, esse não foi um aspecto revisitado pelos gestores.

Em vários momentos da observação participante, o preenchimento da planilha apareceu como um fator mais próximo da cobrança do que de uma prática reflexiva.

As falas que transcrevemos abaixo, a título de exemplo, foram recolhidas nos diversos espaços que participamos, e referem-se aos gestores das unidades, apoiadores, facilitadores ou profissionais do grupo de apoio pedagógico e do grupo gestor:

“A questão da carga horária é sempre muito difícil, tensa.”

“A planilha é ruim, confusa, se ao menos fosse um instrumento melhor”

“Somos rebeldes, não queremos registrar, mas temos que registrar”

“A planilha? Eu não sei preencher.”

“Me pediram para eu entregar, eu entreguei, ninguém foi na minha unidade”

“Quem fez a tarefa da dispersão ganha as horas, quem não fez, não ganha.”

“Nós, só vamos considerar como dispersão, o trabalho estruturado que foi pedido”.

Parece-nos que a tensão provocada pelo processo de certificação transversalizou o processo avaliativo do PEPG-SMS, na medida em que foi identificado como uma forma burocrática de controle sobre os gestores locais. Seria leviano de nossa

parte reduzir esse processo ao simples preenchimento de uma planilha, principalmente se levarmos em conta a construção que vimos fazendo até o presente momento, notadamente com relação à incorporação da prática de educação permanente pelos gestores, a contribuição para a gestão democrática e a articulação entre os espaços gestores e de formação. Porém, a percepção dos gestores de que o instrumento utilizado para avaliação era inadequado, aliado à falta de acompanhamento individual do desenvolvimento gerencial, explicitado pela ausência de facilitadores e apoiadores institucionais entre os encontros presenciais, pode ter deixado o processo avaliativo pouco reflexivo, podendo conseqüentemente ter contribuído para a diminuição da potência do processo de ensino-aprendizagem.

O último núcleo que iremos abordar é sobre a **constituição do sujeito**.

A investigação dessa temática se deu por entendermos, conforme nos coloca Campos (2007) que “ressaltar a dimensão Sujeito implica em democratizar o poder”, que a transformação da realidade implica em transformação dos sujeitos implicados no processo. O autor nos aponta que o sujeito é co-produzido dialeticamente pela tensão constante entre forças internas e externas. Assim, o mapa da co-produção do sujeito seria a relação existente entre três regiões: a *particular*, que corresponderia aos planos da determinação biológica, dos desejos e interesses; a *universal*, representada pelas necessidades sociais, cultural, sistema econômico e político, valores, ética; e o plano *singular* que intermediaria essas relações através da formação de compromisso ou a construção de contratos entre os outros planos. (CAMPOS, 2007)

Nos grupos focais os gestores trouxeram de maneira insistente uma postura de amadurecimento, de crescimento e de fortalecimento pessoal e no papel de gestor, provocada pela prática gestora e corroborada pelos processos de Educação Permanente para gestores, principalmente os dois últimos programas do qual tratamos nessa pesquisa. A manifestação desse amadurecimento foi descrita como: “ser mais paciente”, “ser mais tolerante”, “ter ‘jogo de cintura’-flexibilidade”, “Saber respeitar o tempo do outro”, “Ter capacidade de repensar,

estudar, refletir e fazer diferente”, “ter estímulo para busca de processos de aprendizagem”.

Ceccim (2005), ao discutir a produção de subjetividade nos processos de educação permanente em saúde, ressalta:

“Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas, em ato), os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso “ser sujeito”, colocando-nos em permanente produção. O permanente é o aqui-e-agora, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais.”

5. Considerações Finais

Chegando ao fim do percurso, pudemos perceber o quanto caminhamos e o quanto fomos deixando pelo meio do caminho. A quantidade de material construído em campo frente à metodologia escolhida foi imensa. Priorizamos colocar em evidência alguns aspectos que julgamos terem se sobressaído na fala dos atores desse estudo. Sabemos, de antemão, que muitos outros aspectos poderiam ter sido escolhidos e/ou aprofundados.

Contudo, retomando nossos objetivos iniciais, podemos levantar agora algumas conclusões relativas às contribuições percebidas pelos gestores participantes dos programas de Educação Permanente em Saúde, desenvolvidos pela SMS, na qualificação e democratização de suas práticas.

Pela percepção dos gestores do Distrito de Saúde Sul, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, adotou como diretriz nos últimos anos, investir em processos de Educação Permanente em Saúde para seus gestores. Identificaram que, apesar das diferenças, os dois programas abordados nessa pesquisa, o Programa de Educação Permanente – Construindo a Integralidade da Atenção, desenvolvido entre 2005 e 2010 e o PEPG-SMS, desenvolvido em 2011/2012, contribuíram com a continuidade do processo de amadurecimento dos gestores.

Essa percepção vem acrescida da reflexão de que o investimento na formação dos gestores foi co-construída. Entre o primeiro e o segundo programa de EP apresentado nesse estudo, os gestores do Distrito de Saúde Sul se posicionaram no sentido de garantir um processo de Educação Permanente com estratégias pedagógicas que fossem compatíveis com a Política Nacional de Educação Permanente, adotando uma postura ativa na manutenção, pela Secretaria Municipal de Saúde, de processos de EP como diretriz de governo. Uma possibilidade aventada para esse posicionamento diz respeito a identificação, pelos gestores, da necessidade de manter espaços coletivos de produção onde pudessem se fortalecer ou até resistir à falta de diretrizes claras e de políticas públicas direcionadas para o fortalecimento do SUS, com produção de autonomia,

de atenção qualificada e de gestão mais democrática. Uma tentativa de usar os espaços educativos em substituição a espaços gestores empobrecidos, em um movimento de resistência a um contexto adverso e pouco participativo.

Sobre a prática gestora, pudemos observar que parte dos gestores se mostrou insatisfeito com o processo de Educação Permanente por não incluí-lo no contexto institucional ou por não identificá-lo com a prática, porém outra parcela dos gestores identificou, com relação ao contexto institucional, que os processos de EP foram impulsionadores de um movimento que contribuiu para imprimir um novo jeito de fazer gestão, tomando o contexto adverso como objeto de análise de modo a influenciar coletivamente a transformação de sua realidade. Embora sem unanimidade, parte dos gestores passaram a considerar a possibilidade dos espaços formadores da EP serem passíveis de sua ação de protagonismo, aumentando a governabilidade em diversos outros espaços.

Com relação à incorporação da prática da educação permanente nas unidades, os gestores percebem-se mais potentes na interlocução dialógica com a equipe de trabalhadores, superando uma postura normativa e adotando uma postura interativa na relação gestor-equipe.

Metodologicamente, o PEPG-SMS priorizou que as escolhas de temas a serem abordados fossem realizadas pelos participantes a partir de sua vivência cotidiana, sendo que no primeiro ano do programa as temáticas desenvolvidas ficaram mais próximas da realidade. Os gestores sentiram falta de um aporte teórico que desse suporte, junto com a troca de experiências para solucionar os problemas da prática gestora. Porém, durante a pesquisa parte dos gestores atribuíram à temática novos contornos, incluindo a reflexão de que essa etapa do processo de aprendizagem é uma construção contínua e conjunta, que deve ser encetada por todos os atores do processo de aprendizagem.

Programas de educação permanentes desenvolvidos para gestores implicam em um processo de capilarização para dentro das equipes com possibilidade de imprimir mudança nas práticas gestoras e de cuidado. No PEPG-SMS, os gestores apontam que, apesar das dificuldades, a capilarização se deu *de* forma

singular e contínua, incluindo variações que dependiam da identificação, pelo gestor, do momento pelo qual estava passando sua equipe, do contexto político e do acúmulo individual de cada gestor no exercício dessa atividade, ressaltando que o enfoque recaiu mais no *modo* de operar do que na tentativa de *reprodução do vivido*. Compatibilizando singularidade e oportunidade, utilizaram diferentes recursos pedagógicos, valorizando os espaços coletivos já existentes na unidade, como as reuniões de equipe e o colegiado interno.

A retirada dos gestores das unidades de saúde para realizar o processo educativo, provocou uma perda na especificidade da discussão dos problemas reais e diários enfrentados pela equipe, mas aumentou a possibilidade de ampliação e diversificação de assuntos referentes à prática gestora e a troca de experiência. Porém, apesar dessas considerações, cabe-nos indagar se a escolha dos temas/problemas a serem problematizados nos encontros formativos foi feita pelos gestores, como poderíamos entender a não identificação do processo com a prática? Quanto dessa não identificação por parte dos gestores pode ser atribuída a execução da estratégia metodológica escolhida? O gestor ao identificar e/ou criar espaços de prática dialógica pôde promover um novo jeito de produzir saúde na lógica da democratização da prática gestora e da qualificação do cuidado?

Com relação á organização do processo pedagógico, os gestores do Distrito de Saúde Sul, apontaram falta de acompanhamento das atividades de dispersão por parte dos facilitadores e dos apoiadores institucionais, mas reconhecem sua co-responsabilização nesse processo. O preenchimento do instrumento utilizado para registro das atividades do programa foi considerado uma atividade necessária à certificação do programa e nem sempre utilizado para a prática reflexiva, mas o processo de avaliação do PEPG-SMS não se reduziu ao simples preenchimento do instrumento, principalmente levando em conta à incorporação da prática de educação permanente pelos gestores, a contribuição para a gestão democrática e a articulação entre os espaços gestores e de formação.

Sobre a constituição do sujeito os gestores enfatizam uma postura de amadurecimento, de crescimento e de fortalecimento tanto pessoal como no desempenho da função gestora, provocado pela vivência enquanto gestor e

corroborada pelos processos de Educação Permanente desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Durante o estudo, parece-nos que um aspecto foi comum na fala dos diversos atores, o reconhecimento da importância dos processos educativos realizados na preservação de espaços coletivos.

Como nos ensina Campos (2007), ao discutir a democracia como co-produção de sujeito e coletivos:

“A existência desses espaços é um sinal de democracia. A democracia é, portanto, a possibilidade de exercício do Poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões. A democracia é, ao mesmo tempo, uma construção e uma instituição.”

Para finalizar gostaríamos de alertar o leitor, e a nós mesmos, de que quando realmente acreditamos na potência de um processo, quaisquer dificuldades podem ser encaradas como desafios passíveis de superação. A afirmativa nos coloca na posição de considerar que o debate deve continuar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado, Brasília, DF, 1988.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Portaria nº 198 GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004

_____. Portaria nº 1996 GM/MS de 20 de agosto de 2007. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília, 2009

_____. Resolução nº 353/2003: “Orientações e diretrizes para a operacionalização da política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor”. Brasília, 2003.

CAMPOS, G.W.S. Saúde Paideia, Ed Hucitec São Paulo 2003.

CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 3ª edição. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. Projeto Paidéia Saúde da Família SUS - Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Campinas, 2001. Acesso em 13 de agosto de 2013. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saúde/diretrizes.htm>

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p. 161-77, set.2004/fev.2005.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B.; ROCHA, C.F.O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CECCIM, R.B., FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo cruz. Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio, 2009 .

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis - Rev. Saúde Coletiva, v.14, n.1, p.41-65, 2004a.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9. Saúde: municipalização é o caminho. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10. Onde dá SUS, dá certo! Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, 1996.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.

CORREIA, M.C.B. A observação participante enquanto técnica de investigação. Pensar enfermagem. 2009; 13(2):30-36

FIGUEIREDO, M.D. A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paidéia e formação. Campinas, SP: [s.n.], 2012. Tese (Doutorado em saúde coletiva). Faculdade de Ciência Médicas, Unicamp.

FLICK, U. Triangulação na etnografia. In: FLICK, U. *Qualidade na pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 101-118.

FREIRE, P. Professora sim, tia não – cartas a quem ousa ensinar. São Paulo: Olhos d'água, 1994.

FREIRE, P. A pedagogia do oprimido. 17ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GONDIM, SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. In: Revista Paidéia Cadernos de Psicologia e Educação, v.12, n.24: p.149-162, 2002.

GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications, 1989. 294p

MALVEZZI, E. Inovação e eficiência na gestão da saúde pública. Campinas, SP: PUCCamp, 2010. Monografia (Bacharel em Ciências Econômicas), Faculdade de Ciências Econômicas do Centro de Economia e Administração, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2010.

MICHELONI, A. Avaliação como instrumento Gerencial: a rede básica de saúde do município de Campinas. Campinas, SP: 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª Ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

MITRE, S.M.; BATISTA, R.S.; MENDONÇA, J.M.G.; PINTO, N.M.M.; MEIRELES, C.A.B.; PORTO, C.P.; MOREIRA, T.;HOFFMANN, L.M.A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Revista Ciência & Saúde Coletiva, dezembro suplemento 2, 2008.

MOREIRA, M. A.; MASINI, E. A. S. Aprendizagem significativa: a teoria de aprendizagem de David Ausubel. 2ª ed. São Paulo: Centauro Editora, 2006.

NASCIMENTO, Elisabet P. L.; CORREA, Carlos R. S.; NOZAWA Márcia R. O Município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde. Revista de Ciências Médicas da FCM PUC-Campinas, Campinas, SP, 16(3):p.161-173, maio-junho de 2007.

NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo. A formação dos agentes comunitários de saúde: experiência do Município de Campinas. Campinas, SP: [s.n.], 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp.

ONOKO CAMPOS, R; FURTADO, J.P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Revista de Saúde Pública. 42(6):1090-6, 2008.

ONOCKO CAMPOS, R. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1269-1286, 2011.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. Conversando sobre os Pólos de Educação Permanente. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=944&limit=5&limitstart=15&order=name&dir=ASC último acesso – agosto/2013.

PREFEITURA DE CAMPINAS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Relatório Anual de Gestão 2011. Mimeo. Disponível em <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/> . Acesso em ago. 2013.

_____. _____. Projeto Programa de Educação Permanente de Gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas - PEPG – SMS. Campinas, 2010. Mimeo.

_____. _____. Programa de Educação Permanente de Gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Caderno do facilitador. Campinas, 2010b. Mimeo.

_____. _____. PROGRAMA PAIDÉIA: As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde - Gestão 2001 – 2004. Colegiado de Gestão da SMS/Campinas: diretrizes para Atenção Básica à Saúde (3ª versão). Campinas, 2001. Mimeo. Disponível em <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm> . Acesso em ago. de 2013.

QUEIROZ, D.T.; VAL, J.; SOUSA, A.M.A.; VIERA, N.F.C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista de enfermagem UERJ*. 2007 abr/jun:15(2):276-283.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Texto disponível em <http://www.redeunida.org.br/producao/artigo03.asp>

SMEKE E.L.M. & OLIVEIRA G.Z. Avaliação de Educação Permanente em Saúde no SUS Campinas– distrito norte e CETS: estruturas, processos e resultados Anais do XIV Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas - 29 e 30 de setembro de 2009 ISSN 1982-0178.

SMEKE E.L.M. & RIBEIRO A.A. Atividades de Educação Permanente em Saúde no SUS Campinas– distrito sul: estrutura, processo e resultados Anais do XIV

Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas - 29 e 30 de setembro de 2009
ISSN 1982-0178.

SMEKE E.L.M. & SILVEIRA G.G. Atividades de Educação Permanente em Saúde no SUS Campinas– distrito leste e sudoeste. Anais do XIV Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas - 29 e 30 de setembro de 2009 ISSN 1982-0178.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez editora, 2011.

TURATO, ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Saúde Pública. 2005; 39(3); 507-14.

WESTPHAL, MF; BOGUS, CM & FARIA, MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. In: Boletim da Oficina Sanitária do Panamá, v.120, n.6: p.472-482, 1996.

ANEXO I

Roteiro para realização da observação participante

1. Organização geral do encontro
2. Participação dos profissionais durante o encontro (frequência com que os participantes fazem uso da fala, polarizações)
3. Método de escolha do tema/problema (Parte da realidade do participante? Privilegia trabalhar com tema ou problema?)
4. Espaço para inclusão de novos temas, não previstos inicialmente
5. Inclusão de conflitos (se aparecem ou não e como são tratados)
6. Postura metodológica do facilitador
7. Mecanismos de decisão relativos ao processo de Educação Permanente em Saúde
8. Surgimento e ou abertura de espaço para relatos de reflexão e mudança de prática (processo de ação-reflexão-ação), com relação a temas/problemas abordados anteriormente.
9. Eventos emergentes.

ANEXO II

Roteiro para realização do Grupo Focal

Aquecimento

1. Como foi o convite para a participação e a construção desse programa atual de Educação Permanente – PEPG-SMS?

Sobre a prática gestora

2. Quais as principais dificuldades enfrentadas hoje na sua prática gestora?

3. Como a EPS tem influenciado na sua prática gestora? (mudanças no modo de fazer a gestão cotidiana do trabalho, qualificação do cuidado, democratização da gestão)

Sobre a metodologia

4. Como vocês descreveriam a metodologia do processo atual de EPS em que estão incluídos?

5. Qual a percepção de vocês com relação a aplicação prática desse processo?

6. Como esse processo está sendo capilarizado? Vocês identificam exemplos práticos?

7. Qual é a função do facilitador nesse processo?

8. O que vocês mudariam na metodologia da EPS?

Sobre a constituição do sujeito

9. Que influência esse processo tem na vida de cada um?

ANEXO III

Narrativa I - Grupo de Coordenadores do Distrito de Saúde Sul participantes do PEPG –SMS realizado em 10 de novembro de 2012.

Nosso grupo era composto por coordenadores que assumiram a função recentemente e participaram pouco do segundo do processo EP e por coordenadores que estiveram no processo de EP desde o início.

Nós reconhecemos que existiram diferenças entre o processo de EP realizado entre 2005 e 2010 e o processo realizado entre 2011 e 2012, sendo que cada momento ou fase da EP teve a sua importância e as mudanças nos parecem naturais e necessárias.

Alguns de nós sentimos falta da troca de experiências que ocorria entre as unidades de vários distritos quando comparamos o processo atual com o Processo de Educação Permanente realizado anteriormente (2005 à 2011). Outros de nós avaliamos que no modelo anterior de EP nos sentimos mais instrumentalizados para o papel de gestores, isto pela leitura de textos, pelas discussões e também pela relevância atribuída ao conhecimento dos facilitadores. O Luís Carlos de O Cecílio foi uma figura muito importante como facilitador, ele teorizava com a gente, ponderava o que nós trazíamos e assim a gente saía mais preparada, mais instrumentalizada para lidar com a equipe. No modelo anterior de EP, o fato de estarmos junto com outros distritos evidenciava as diferenças gritantes e vergonhosa que existiam entre as unidades dos municípios com relação à recursos humanos e estrutura em geral. Alguns de nós achamos que o primeiro processo de EP facilitou a troca de experiências entre os distritos e ajudou a reivindicar mudanças e, talvez, diminuir essa diferença. Outros de nós reconhecemos que isso acontecia naquela ocasião, mas não atribuímos esse efeito ao Processo de Educação Permanente, achamos que isso deveria se dar no espaço gestor e como isso não ocorria, se dava no espaço de EP.

Alguns entre nós achamos que, no primeiro processo de EP a comparação entre distintos serviços não foi muito fidedigna, pois cada coordenador queria apresentar

o que tinha de melhor na sua unidade, parecendo que todos eram a oitava maravilha do mundo.

Alguns de nós achamos que no novo modelo pedagógico desenvolvido no segundo processo de EP faltou instrumentalização teórica e não foi possível nos encontrarmos com os outros distritos, entretanto, houve troca entre os serviços vizinhos e a inclusão de novos serviços, não somente as unidades básicas, mas incluiu-se a vigilância, as especialidades, o hospital Mário Gatti, a saúde mental, por exemplo, foi um ganho pra aprofundar a discussão da integralidade da atenção.

Tarefas que devem ser realizadas nos foram apresentadas nos dois modelos de EP que vivenciamos, mas nós não nos vimos como tarefeiros, a designação de tarefa faz parte, só que nós íamos fazendo no momento que era possível para a equipe.

No modelo da segunda EP, nós começamos com o grupo todo e depois fomos separados por eixo o que facilitou o conhecimento entre as unidades mais próximas, mas o hospital Mário Gatti ficou só em um eixo. A gente sempre se lembrava do primeiro processo de EP quando a gente esteve falando desse último, achamos que apesar das mudanças, existiu uma continuidade do nosso processo de amadurecimento.

Nós sentimos dificuldade em levar para as unidades o processo vivido nos encontros presenciais, pelo excesso de demanda, pela correria do dia a dia, pela falta de pessoal, pelas características e momento de cada equipe. Então, vamos avaliando o momento adequado para introduzir os temas discutidos na EP para a equipe.

Muitos de nós conseguiram, principalmente no início, reproduzir alguns temas ou tipos de abordagem com a equipe, com retorno bastante positivo, como foi o caso do uso de figuras para representar o processo de trabalho que estimulou a equipe a trabalhar sua identidade e possibilitou a reconstrução do processo de trabalho de forma coletiva e intersetorial ou a discussão de um texto proposto na EP que foi realizado primeiro com o colegiado gestor de uma unidade e os próprios integrantes do colegiado se encarregaram de reproduzir as discussões em

pequenos grupos, o envolvimento e empolgação foi surpreendente, a equipe adorou.

Com o tempo a reprodução para a equipe do que acontecia na EP ficou mais difícil e avaliamos o momento adequado de levar as discussões para dentro da equipe. Ficamos com ferramentas guardadinhas e vamos usando conforme aparece a oportunidade. Atualmente nós aproveitamos os espaços existentes como a reunião de equipe, a reunião do colegiado gestor, o núcleo de saúde coletiva para imprimir um novo jeito de fazer discussões, mais inclusivo, mais participativo e não necessariamente a reprodução dos temas abordados nos encontros presenciais da EP. A lógica da discussão mudou de mais normativa para processo mais interativo. A maioria de nós nos sentimos mais amadurecidos no processo e percebemos que o que muda é a própria prática gestora, a interlocução com a equipe, o diálogo, a forma de organizar e conduzir as reuniões.

As equipes são diferentes, algumas não gostam de dinâmicas, uso de tarjetinhas ou figuras, se usar o data-show o povo dorme e então, nesses momentos, temos que usar outros recursos, textos, parte de textos ou estimular a troca de experiências e acionar nossos recursos acumulados nesse processo para ajudar a equipe na reflexão de sua prática. Devido a essas diferenças o processo de capilarização da EP que cada um de nós realizamos, é singular.

Na primeira etapa da EP a gente trabalhava muito com a gestão do cuidado e nós coordenadores éramos responsáveis sozinhos por sensibilizar a equipe de tudo, mas agora, além do processo de EP atual realizado conosco, tem também várias outras iniciativas que envolvem outros membros da equipe como o projeto ICSAP, a EP de enfermeiros, o projeto de gestão da clínica. Agora, com essas iniciativas a gente se preocupa junto com eles e pode ampliar a discussão em outros espaços dentro da unidade.

Alguns de nós identificamos o processo de EP atual como prazeroso, gostamos e achamos que se identificar com o processo faz diferença na participação.

Os facilitadores são avaliados positivamente pelo nosso grupo, eles nos dão liberdade, provocam a reflexão e alguns facilitadores são reconhecidos pelo seu poder de síntese no final das discussões (facilitador homem teria uma facilidade

maior para isso?). Acreditamos que existe uma diferença no acompanhamento das atividades gerenciais que devem ser desenvolvidas entre os encontros presenciais, quando o facilitador do processo de EP é também o apoiador direto da unidade, facilita a realização das atividades gerenciais, pois já conhece o trabalho, o coordenador e o momento que a equipe está vivendo. Alguns de nós identificamos que nos encontros presenciais, a função do facilitador “rola bem”, mas sentimos falta da presença ENTRE os encontros. Alguns se sentem apoiados, entre os encontros, pelos apoiadores institucionais que não são facilitadores, e outros de nós referimos que nem o facilitador ou apoiador aparecem na unidade.

Nós reconhecemos que o facilitador não deve ir na unidade para fazer o trabalho da gente, mas sentimos falta de sermos chamados para uma conversa e definirmos um planejamento de como realizar as atividades gerenciais, embora a gente reconheça que a atitude de solicitar uma conversa para realizar o planejamento das atividades também poderia ser desencadeada por nós, mas afinal qual de nós anda folgado ultimamente? Nós estamos é nos afogando de tanta demanda.

Sentimos falta também de uma orientação e acompanhamento com relação ao preenchimento da planilha de registro das atividades. Alguns de nós, que entramos no processo de EP recentemente, não temos a menor idéia de como preenchê-la, mas mesmo nós que estamos no processo desde o começo, sentimos falta de uma avaliação e uma devolutiva com relação a esse preenchimento.

O processo de certificação é outra coisa que nunca ficou clara para nós, embora a gente saiba que aqueles que entregarem alguma comprovação das atividades, receberão um certificado do CETS que será reconhecido para ser incluído no nosso plano de cargos.

Alguns de nós acreditamos que além da devolutiva, sentimos falta do facilitador trazer ou indicar algum texto para leitura. Nós poderíamos aproveitar alguns momentos em que a discussão se esgota, no encontro presencial, pra completar o aprendizado com algum texto ofertado pelos facilitadores. Porque as discussões

se esgotam, né? E a gente poderia suprir o esgotamento com um bom texto. Outros de nós sentimos que os facilitadores têm a expectativa de que nós busquemos o conhecimento, que nós devamos identificar e trazer textos para a leitura, coisa que nem sempre conseguimos fazer devido à demanda da unidade e as obrigações pessoais também. Muitos têm filhos pequenos e não conseguem fazer isso em casa. Reconhecemos que faz parte da nossa função pesquisar e apresentar textos para equipe, mas ficamos no dilema quando vemos a unidade “pegando fogo” e a gente sentado pesquisando. Mas também, se não pesquisarmos e buscarmos nos aprimorar, como vamos enriquecer o trabalho da equipe?

Pelo menos se o facilitador fizesse isso, facilitaria nosso trabalho. Em alguns encontros alguns de nós não queria nem falar, era tanto problema, aquele caos e a gente discutindo o SUS que dá certo. Isso foi muito louco, as pessoas sendo demitidas e nós discutindo o SUS que dá certo, foi muito intenso para muitos de nós. Mas nós achamos que isso é bom, que além da gente fazer o SUS dar certo, nós podemos proporcionar que a equipe se olhe e veja isso também, pois nós fazemos muita coisa legal, só que entramos no automático e não avaliamos. Se o SUS fosse um barco, a gente estaria ali, rema que rema, às vezes o barco vira, fura, mas a gente está ali remando, navegando. Achamos que o contexto político municipal influenciou muito no processo de EP.

Cada um de nós identificou um jeito de fazer a discussão com a equipe, de evidenciar o protagonismo da equipe para eles mesmos, como, por exemplo, realizar a discussão do SUS que dá certo observando o que a equipe estava produzindo e devolvendo para eles, não com “achômetros”, mas com dados produzidos por eles mesmos, de modo que pudessem se reconhecer, atentar para isso. Em um caso, o uso dessa forma melhorou a relação entre as equipes. Outro entre nós, que tem uma equipe muito nova, preferimos discutir com a equipe a singularidade do atendimento na unidade básica, abordando temas como o acolhimento, projeto terapêutico e até a função da reunião de equipe, pois a equipe só identificava valor, nas reuniões por categoria, como a equipe de

enfermagem e agora eles estão até levando casos, com prontuários pra discussão.

Mesmo temas que já foram discutidos com as equipes mais antigas, achamos que devem ser rediscutidos, como o acolhimento ou repensar a lógica do processo de trabalho, por exemplo, pois as equipes vão se enrijecendo, assim, a gente capilariza as discussões da EP o tempo inteiro, sentindo no momento qual a necessidade da equipe.

Toda essa vivência é muito mobilizadora, nós amadurecemos, crescemos, nos fortalecemos, enquanto gestores e enquanto pessoas, como seres humanos. Porque isso não dá pra separar, né? Nós realmente amadurecemos MUITO, hoje a gente tem mais paciência, somos mais tolerantes, temos “jogo de cintura”, a gente respira, espera e sabe respeitar o tempo do outro. Porque não é como trabalhar em um banco, a gente tem que repensar, estudar, refletir, evoluir, fazer diferente, gostar disso. E a gente gosta. Alguns de nós até saiu da gestão e retornou, porque identificamos esse movimento de construção, de troca de experiência, de aprendizado, de se sentir instrumentalizados para lidar com o dia a dia. Lá na unidade, o esteio somos nós, não podemos esmorecer e esse processo de EP nos ajuda nisso, nesse amadurecimento.

Porque nós estamos muito mais amadurecidos, não estamos?

A gestão é um grande desafio para todos nós. Alguns de nós acreditávamos que ficar em um lugar por muito tempo era acomodação, mas hoje reconhecemos que o maior desafio é permanecer em uma mesma unidade, tendo que lidar com os mesmos problemas por tanto tempo. Isso sim é ser guerreiro. Outros de nós avaliamos que existem vantagens e desvantagens em permanecer em um mesmo local. Se por um lado a gente cansa das mesmas pessoas, por outro é possível acompanhar o desenvolvimento da equipe e refletir sobre sua própria gestão, o que dá ou não dá certo. Tem coisa que só conseguimos ver os frutos 10 anos depois. Ficar muito tempo em um lugar ou não ficar, eis a questão.

A gestão nos coloca em situações bastante difíceis, quando caímos na gestão a gente tem que aprender tudo na raça, absolutamente tudo: postura, comportamento, rotinas e temos que lidar com situações como a falta de

profissionais, a enorme rotatividade dos profissionais, a sobrecarga de atividades administrativas, com aquela papeteira toda, os jogos de interesse dos diversos trabalhadores, a delicadeza da linha que separa o gestor da equipe, das relações de amizade. Porque é muito fácil o coordenador ser “frito” pela equipe. Ainda assim, a gestão traz a possibilidade de sermos multiplicadores de idéias. Por isso nós achamos que a EP é um espaço que a gente não pode perder, é onde a gente faz o movimento de reflexão do papel de gestor, “Quem sou eu dentro dessa equipe?” Um espaço para sentar, conversar e refletir juntos, socializar, trocar experiências, pensar em ações de crescimento.

Mas tudo isso, tem que ser um movimento saudável, só continuamos na gestão enquanto nos der prazer.

ANEXO IV

Narrativa II - Grupo de Coordenadores do distrito de saúde Sul participantes do PEPG –SMS realizado em 17 de dezembro de 2012.

Nosso grupo era composto por gestores de unidade básica de saúde, da especialidade e da saúde mental, alguns coordenadores assumiram a função recentemente e outros coordenadores com mais tempo na função, sendo que um de nós participou do processo de EP - 2011/2012 e outros participaram também do processo de EP realizado entre 2005/2010, identificada como sendo a EP conduzida pelo professor Luis Carlos de O. Cecílio.

Nós reconhecemos que existiu uma diferença entre o modelo de EP- 2011/2012 e o modelo de EP realizado entre 2005/2010 e que quando essa primeira etapa de EP terminou, não houve um convite para os antigos gestores/alunos para participarmos dessa nova etapa, o que houve foi uma discussão coletiva, para definir a continuidade da EP e em que formato ela se daria, pois como é que ficaríamos sem aquele espaço tão valorizado por nós. Chegamos até a elencar temas que seriam discutidos e que o próprio Distrito iria conduzir. Quando a gente decidiu continuar a EP, a Secretaria de Saúde bancou, pois continuava como diretriz do governo a EP dos gestores.

Alguns de nós identificamos uma clara diferença entre o primeiro ano dessa nova etapa da EP (2011/2012) e o segundo ano. No primeiro ano (2011) parece-nos que era mais focado, tinha mais a ver com a realidade local, a metodologia foi mais produtiva, alguns desafios foram colocados e o exercício de olhar a educação dentro do processo de trabalho mesmo. Já no segundo ano, com o agravamento da crise política, com as faltas de tudo, o problema da relação da secretaria com o Serviço de Saúde Candido Ferreira, as demissões, etc, a EP passou a segundo plano, as discussões foram saindo da realidade, não condiziam com o que a gente estava sentindo. Muitas vezes dava a sensação de que o mundo estava caindo e a gente lá fazendo EP, o pessoal do Candido sendo mandado embora e a gente lá fazendo EP, uma crise e a gente lá fazendo EP. Enquanto alguns de nós íamos para o encontro de EP, nesse segundo ano, por

obrigação, infeliz, de mal humor, sentindo que estava perdendo tempo, outros de nós, reconhecemos que apesar de ter que superar certo desânimo para ir à EP, ao chegarmos lá, achávamos muito interessante, uma oportunidade de sair do tumulto do dia-a-dia, de podermos compartilhar, aprender coisas novas, ouvir os colegas e se aproximar de outras equipes.

Percebemos uma clara mudança de organização do primeiro para o segundo ano, inclusive de modelo, quando houve uma divisão do grupão em pequenos grupos para a realização das atividades do encontro presencial. Isso provocou em nós reconhecimentos e experiências diferentes, alguns de nós achamos muito ruim a divisão, pois ficamos em um grupo que só fazia um “chororô” inacabável ao invés de aproveitar o momento para trocar idéias, vermos o que poderíamos melhorar ou vermos como sobreviver a determinadas coisas, ficávamos muitas vezes horas só discursando, sem nem ter realizado a atividade proposta. Outros de nós reconhecemos que a divisão em pequenos grupos facilitou a discussão, pois nesse novo formato conseguimos participar mais, nos colocamos melhor, com mais espaço de discussão. Para alguns de nós o segundo ano foi terrível, nenhuma atividade teve o impacto das do primeiro ano, como por exemplo, a discussão do tema do protagonismo do gestor, que até foi levado para a equipe, mas não virou, as equipes das unidades não quiseram discutir o próprio protagonismo.

Com a divisão em pequenos grupos, a condução começou a ser muito diferente de um grupo para outro, tinha grupo que discutia texto, outros não, teve também o grupo que contava com os gestores do Mário Gatti onde a troca de experiência foi muito interessante.

Nós nos lembramos de várias atividades interessantes que consideramos produtivas, geralmente desenvolvidas no primeiro ano, que tiveram o potencial de provocar tanto um movimento interno de busca de conhecimento individual ou busca de cursos formais, como a capacidade de envolver as equipes de trabalho das unidades, como por exemplo, a leitura do texto sobre EP com as equipes, que em uma unidade atuou como um disparador desencadeando diversas discussões de temas internos, promovidos pela enfermagem, pelos médicos ou a atividade de

situar o serviço dentro da rede de serviços de saúde que promoveu mudanças internas no processo de trabalho com a equipe se entendendo como parte de uma rede, a melhora da relação com ao Centro de Saúde de referência e a reorganização do fluxo da farmácia, ou ainda a atividade de representar a organização interna do serviço e a carta para o apoiador. Um de nós se via como uma usina de reciclagem, imaginando tudo que ia pegar, aprender, transformar, passar para a equipe.

As dinâmicas apresentadas pela equipe de facilitadores provocaram reações diversas, sendo que tinham, no geral, mais potencial de estimular os gestores mais novos, com menos tempo na função, do que os mais antigos que muitas vezes não têm mais paciência, não toleram mais essas coisas. Alguns identificam, inclusive, uma postura autoritária dos facilitadores na condução de uma dinâmica específica, onde não foi respeitado o desejo do gestor de expressar seus sentimentos e nem problematizado a questão, induzindo-o a mudar sua representação: “tinha um cartazinho numa mesa com um monte de purpurina e paetê e numseiquê, numseiquê, numseiquê e eu quis colocar um ponto de interrogação!!! Porque era aquilo que eu estava sentindo naquele dia... Pois fizeram eu trocar o meu cartaz... enquanto eu não troquei, não sossegaram. Não participei mais de nenhuma atividade. Se não respeitam, vou fazer o quê?”

Para um de nós as “fichas só caíram” no final do processo, na hora de preencher a planilha quando finalmente entendemos o bendito arco da construção do conhecimento, percebemos que se tivéssemos entendido antes, ou se os facilitadores tivessem facilitado/estimulado esse processo de entendimento, a EP poderia ter sido bem melhor para nós, para a equipe, para a população, para o serviço. Antes de entender o processo, sempre ficávamos com a idéia de que alguém iria trazer uma ferramenta nova, diferente para utilizarmos.

Houve um momento de muita desmotivação, não só nossa, mas do grupo condutor também, eles até chegaram a nos perguntar se queríamos continuar o processo ou não, com aquela crise na prefeitura, na secretaria... Foi a EP da crise. Na nossa opinião, eles foram muito ousados de assumir uma EP sozinhos, sem ninguém de fora para apoiar, pois de qualquer modo, o Luiz Cecílio articulava,

fechava as discussões, era o nosso ponto de apoio. Com esse novo modelo, a gente ficou meio perdida, esperando alguma coisa parecida com a EP anterior, que não veio. Se bem que até o Luis Cecílio reconheceu no final que o que ele fazia não era EP, era análise institucional. Tiveram também aqueles encontros para discutir a solidão e o protagonismo de gestor. NOSSA, foram 04 ou 06 encontros sei lá, para discutirmos aquilo, nós não agüentávamos mais. Nós achamos que EP não é lugar para desestressar, choramingar. EP é troca, se a gente não for lá para aprender, para trocar, não tem sentido.

Tinha também o preenchimento da planilha que tínhamos que preencher para receber o certificado, mas essa atividade provocou muita confusão, pois a gente inicialmente só colocava na planilha as atividades desenvolvidas diretamente relacionada aos encontros presenciais, mas quando fomos discutir isso com os facilitadores, ficou claro que as nossas atividades gerenciais faziam parte do processo e portanto podiam ser planilhadas. Aí então pensamos: Será que se nós não estivéssemos na EP teríamos feito as mesmas coisas? Teríamos feito tudo isso? Do mesmo jeito? Porque é muito do nosso processo gerencial as atividades que foram desencadeadas na EP, algumas nós até desejávamos implantar aquilo dentro da unidade e o momento certo não chegava. Mesmo com essas dúvidas, alguns de nós avaliamos que se colheram bons frutos, de aproximação entre pessoas e serviços, da construção do trabalho em rede. Talvez a gente fosse fazer as mesmas coisas, mas não com a mesma qualidade. Alguns de nós entendemos, já do meio do processo de EP prá frente, que o processo da EP fazia parte do nosso dia-a-dia.

Todo esse processo, apesar de trazer ganhos, não ficou muito claro para gente. Alguns de nós sentíamos corresponsáveis pelo processo e achamos que poderíamos melhorar se resgatássemos os temas iniciais discutidos para ver se era isso mesmo e reconstruir o caminho, uma vez que a decisão de como seria o encontro, não era coletiva. Outros de nós achamos que se tivéssemos condição de modificar o processo incluiríamos ferramentas para estimular a procura de referencial teórico, pois seria um “must” se na EP a gente pudesse olhar nossa realidade, trocar com os outros e também procurar na teoria o que poderia nos

ajudar a equacionar o problema, a enfrentar a crise. Lembraram-se alguns que no processo de EP conduzida pelo professor Luis Cecílio, vários materiais foram produzidos e que, quem participou, consulta até hoje. Nós somos órfãos do Cecílio.

Com relação ao cuidado, alguns de nós achamos que essa nova etapa da EP não teve relação direta com o cuidado, mas acabou influenciando no atendimento ao usuário na medida em que reorganiza o processo de trabalho, como foi o caso da construção do fluxograma de atendimento/acolhimento, que feito coletivamente, provocou mudanças internas como a reorganização da recepção, da entrega de senhas, do próprio acolhimento e da divisão de enfermeiros para se responsabilizar por linhas de cuidado.

O grupo reconhece que tem outras iniciativas que potencializam o trabalho do gestor e que “casam” com a EP de gestores. É o caso da EP dos enfermeiros. Com esse processo, os enfermeiros ficaram mais curiosos, discutindo os problemas e os processos conosco, se responsabilizando mais pelas atividades, envolvendo os auxiliares nas discussões. Isso facilitou a nossa atuação e as mudanças dentro da unidade. Mesmo atualmente, que na EP dos enfermeiros eles estão discutindo temas como o cuidado com o pé diabético, a realização de eletrocardiograma ou a sistematização da enfermagem, isso não significa que os assuntos não estejam interligados, o fato de eles estarem pensando nas ações do dia-a-dia com a equipe da unidade, vai casando, né? Eles podem pensar no núcleo e nós na gestão, mas vai tendo convergência, minimizando as diferenças e as pessoas vão entendendo que todo mundo ali faz gestão. Além disso, é muito importante a troca entre eles, assim como é para nós.

Para nós, os facilitadores ficaram bem distantes, não acompanharam as dispersões, só em uma ou outra atividade. Parece-nos que o papel do facilitador é mais para organizar o dia do encontro, promover as discussões, levantar temas, realizar sínteses. Os facilitadores ficaram mais distantes do grupo e mais próximos da equipe organizadora da EP. No caso das especialidades, os facilitadores sempre ficaram distantes mesmo, até na época do Luis Cecílio todas as dispersões eram feitas com as unidades básicas. Alguns de nós reconhecemos que

também solicitamos pouca ajuda, tendo sempre aquele que chora mais e exige mais e ganha. A gente não viu muito a função do apoiador nesse processo.

Alguns de nós reconhecem que a EP trouxe ganhos para vida, às vezes ganhos diretos como a identificação do crescimento pessoal, a possibilidade de falar em público, se colocar com clareza, se disponibilizar e as vezes ganhos indiretos, como a busca de conhecimento através da viabilização de um mestrado. Alguns de nós vemos ganhos relativos e atribuímos os poucos ganhos ao modelo de EP, apontando a importância de ter alguém de fora da instituição para realizar a EP, como era antigamente na época do Luis Cecílio ou mesmo quando faziam encontros com outros distritos.

Agora nós só estamos com medo do gravador cair no rio...

ANEXO V - Quadro comparativo de núcleos argumentais Grupo focal I e II x Grupo de devolutiva /momento reflexivo I e II

Grupo Focal I e II		Grupo Devolutiva / Momento reflexivo I e II
<p align="center">Abordagem metodológica</p> <p align="center">Modelagem do processo de Educação Permanente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo de Educação Permanente em Saúde como diretriz da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas - Continuidade do processo de amadurecimento dos gestores - Apesar das diferenças, os dois processo de Educação Permanente (2005/2010 e 2011/2012) tiveram importância. - Gestores participaram da definição de continuidade do processo de EP e propuseram temas. - Dificuldade de entender o processo metodológico proposto (arco da construção do conhecimento) 		<p align="center">Abordagem metodológica</p> <p align="center">Modelagem do processo de Educação Permanente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validado - Validado - Validado - Validado
<p align="center">Anterior (2005/2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maior teorização sustentada pelos facilitadores - Troca entre distritos - Gestores foram mais instrumentalizados para lidar com a equipe - valorização da figura do professor 	<p align="center">Atual (2011/2012)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faltou instrumentalização teórica - Faltou troca entre distritos - Houve maior troca entre as unidades do distrito - Valorização da inclusão de outras unidades (saúde mental, vigilância, Mário Gatti, especialidades) com 	<ul style="list-style-type: none"> - Validado

	<p>fora e a gente fazendo EP”</p> <p>Discussões fora da realidade e incompatíveis com os sentimentos dos gestores</p> <p>Desestímulo e desânimo X possibilidade de trocar experiências e se fortalecer.</p> <p>Organização dos encontros presenciais centrada em atividades de pequenos grupos gerando divergências de conduções, tendo grupos considerados produtivos e grupos com discussões empobrecidas</p>	<p>estratégias coletivas de enfrentamento da realidade adversa</p>
<p style="text-align: center;">Função do facilitador</p> <p>- Avaliação positiva dos facilitadores nos encontros presenciais principalmente por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estimular a reflexão sobre a prática - capacidade de síntese <p>- Ausência do facilitador e do apoiador entre os encontros presenciais, principalmente para planejar as atividades gerenciais a serem realizadas.</p> <p>Facilitadores distantes dos especializandos e próximo da equipe organizadora</p> <p>- Quando o facilitador é também o apoiador da unidade esse processo pôde ser</p>		<p style="text-align: center;">Função do facilitador</p> <p>- Validado</p>

<p>facilitado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os disparadores do processo de aprendizagem apresentados pelos facilitadores tiveram mais potencial para estimular gestores mais novos e menos para gestores com mais experiência. - Alguns facilitadores foram identificados como “autoritários” pelos gestores - Facilitadores não esclareceram suficientemente a metodologia 	<ul style="list-style-type: none"> - Validado. -Facilitadores deveriam estar mais próximos dos gestores nas dispersões conforme solicitação e necessidade dos gestores - Falta de acompanhamento das dispersões tanto pelo facilitador como pelo apoiador. - Reconhecimento da co-responsabilização dos gestores em solicitar ajuda e exercer a autonomia para a realização das atividades propostas
<p style="text-align: center;">O processo de teorização</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de textos complementares aparece como necessário para suprir lacunas teóricas e deve ser trazido pelo facilitador - Textos podem ser ofertados tanto pelos facilitadores como pelos gestores, porém esse processo foi dificultado pela sobrecarga de trabalho - Dilema entre usar o tempo para buscar novos conhecimentos ou executar o trabalho gestor do dia-a-dia - Faltou estímulo à procura de referencial teórico que desse suporte, junto com a troca de experiências para solucionar problemas da prática gestora 	<p style="text-align: center;">O processo de teorização</p> <ul style="list-style-type: none"> - O texto abre caminhos, possibilita ampliar o olhar, mostra visões diferentes - Os facilitadores podem ofertar “textos” ou referenciais teóricos, oportunamente, como “plano B” - É importante e próprio do processo de aprendizagem, os participantes trazerem ofertas teóricas - Esse é um processo em construção contínua - Validado
<p style="text-align: center;">Estrutura organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faltou orientação e acompanhamento para preenchimento da planilha de atividades e de devolutiva após o preenchimento das mesmas 	<ul style="list-style-type: none"> - Validado

<ul style="list-style-type: none"> - Preenchimento da planilha de acompanhamento das atividades identificada exclusivamente como um instrumento para certificação. - Inicialmente só foram incluídas nas planilhas, as atividades relacionadas diretamente aos encontros presenciais e no final foram incluídas outras atividades gerenciais - Processo de certificação confuso 	<ul style="list-style-type: none"> - Validado - Validado
<p style="text-align: center;">Incorporação da prática de educação permanente e contribuição para gestão democrática</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade em capilarizar o processo de EP na rede de serviços devido ao excesso de demanda diária - A capilarização do processo de Educação Permanente se deu de forma singular e contínua. Depende do momento da equipe, do contexto e do acúmulo individual. - Reprodução de temas ou de tipos de abordagens com a equipe - Avaliação do momento de inclusão dos temas discutidos na EP nos espaços existentes (reunião de equipe, colegiados internos, núcleo e saúde coletiva) - Mudança na prática gestora. Interlocução dialógica com a equipe. - Mudanças na lógica da discussão com a equipe de: <div style="text-align: center;">Normativo ⇌ Interativo</div> - Utilização de recursos pedagógicos diferentes para cada equipe ou momento da equipe para estimular a reflexão sobre a prática - Outras iniciativas do Distrito e da Secretaria potencializam o papel do gestor 	<p style="text-align: center;">Incorporação da prática de educação permanente e contribuição para gestão democrática</p> <ul style="list-style-type: none"> - O grupo de gestores do Distrito de Saúde Sul está mais à vontade, se uniu, criou-se uma rede solidária, amenizaram-se disputas acirradas - Nesse momento priorizar capacitação para gestores que incluía a gestão “mais dura”: planejamento, definição de metas, indicadores, etc - EP realizada com a equipe da unidade de saúde facilitou a reflexão sobre a prática, uma vez que todos vivenciam o mesmo processo de trabalho. - EP com gestores requereu ampliação do processo pois apesar dos participantes exercerem a mesma função gestora, o fato de estarem em diferentes unidades, acarretou vivências diferentes, gerando dificuldades na escolha do tema/problema a ser enfrentado e em combinar diretriz geral com singularidade de atuação

<p>(EP de enfermeiros, a atuação do núcleo de saúde coletiva, projeto ICSAP), facilitando a atuação gestor na medida em que convergiram esforços na qualificação do cuidado e envolvimento de outros membros da equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Várias atividades desenvolvidas principalmente no primeiro ano tiveram o potencial de envolver as equipes de trabalho das unidades promovendo mudanças internas no processo de trabalho e melhora na relação entre os serviços do distrito. - Questionamento de se as atividades gerenciais geradas pelo processo de EP teriam sido realizadas mesmo sem a EP ou “Talvez a gente fosse fazer as mesmas coisas, mas não com a mesma qualidade”. - Reconhecimento no final do processo de que as atividades gerenciais geradas pelo processo de EP faziam parte do dia-a-dia 	<p>- Validado</p> <p>- Validado</p> <p>- Validado</p> <p>- Validado</p>
<p style="text-align: center;">Sobre a constituição do sujeito</p> <p>Reconhecimento de vivência de amadurecimento, de crescimento e de fortalecimento pessoal e como gestor, descrito como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser mais paciente; 	<p>- Validado</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Ser mais tolerante; - Ter “jogo de cintura”, flexibilidade - Saber respeitar o tempo do outro - Capacidade de repensar, estudar, refletir e fazer diferente - Estímulo a busca de cursos formais (mestrado) 	
<p style="text-align: center;">Espaço Gestor X Espaço de Aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discussões que deveriam estar no espaço gestor acabavam sendo discutido na EP por falta de outro espaço - A relação com a Secretaria de Saúde (identificada pelo grupo como gestão macro) deve ser tratada fora do espaço de EP. - Gestão é difícil e desafiadora - EP como espaço de reflexão do papel do gestor: “Quem sou eu dentro dessa equipe?” Um espaço para sentar, conversar e refletir juntos, socializar, trocar experiências, pensar em ações de crescimento. - Dificuldade de manter a EP frente ao contexto político adverso (com demissões de funcionários, troca de Secretários de Saúde e de gestores atuantes em nível central e regional, falta de medicamentos e materiais, suspensão de realização de exames laboratoriais, etc). - Indisposição para a discussão sobre dois temas: solidão e protagonismo dos gestores, identificado como momentos em que só se reclamava, choramingava. 	<p style="text-align: center;">Espaço Gestor X Espaço de Aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - No espaço de EP não tem governabilidade, pois não inclui atores necessários na discussão/encaminhamento de temas. - O espaço de EP possibilita aumentar a governabilidade e definir estratégias de ação em outros espaços gestores - Espaço de EP e espaço gestor se misturam e são potencializados a partir da diferenciação da governabilidade de cada espaço. - A EP proporciona o aprendizado de “Ser protagonista ” em diversos espaços. - Falta de estímulo em participar da EP no momento político adverso frente a avaliação de que a EP não estava ajudando a identificar caminhos para resolver a crise. - O tema protagonismo foi trazido pelos gestores e foi pertinente a sua discussão no momento da crise pois cumpria a função de fortalecimento dos gestores para atuação. - A discussão sobre protagonismo dos gestores também contribuiu para que o gestor local ficasse sozinho com a responsabilidade da

<p>- Falta de clareza sobre o conceito de EP</p>	<p>transformação da realidade adversa.</p> <ul style="list-style-type: none">- As atividades gestoras que diziam respeito à relação com a Secretaria de Saúde foi vista como parte integrante do papel do gestor e poderia ser tratada no espaço de EP, mas não foi, pois nos encontros distritais não havia a presença dos representantes do nível central e os encontros gerais não incluíram essa discussão.- EP não é terapia de grupo.- EP é espaço de troca de experiências, discussão do processo de trabalho com centralidade na prática, reflexão do gestor, fortalecimento do coletivo, construção de rede..
--	--

ANEXO VI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa será realizada com fins acadêmicos, como subsídio para a Tese de Mestrado intitulada “Educação Permanente em Saúde para gestores: qualificação do cuidado e gestão democrática”, do Departamento de Saúde coletiva/ FCM/ UNICAMP. A pesquisa tem como objetivo: Identificar e analisar processos de Educação Permanente para gestores de Campinas, com a intenção de verificar as contribuições percebidas pelos envolvidos na qualificação de suas práticas gestoras.

Para isso, são objetivos específicos da pesquisa:

- Caracterizar o contexto onde os processos de educação permanente foram desenvolvidos e a inserção dos participantes.
- Caracterizar a estrutura gerencial do Distrito de Saúde Sul
- Analisar a abordagem metodológica para a realização de processos educativos.
- Identificar e analisar a percepção de resultados dos participantes.
- Analisar a incorporação da prática da educação permanente pelos gestores em sua unidade de saúde.
- Analisar as contribuições da Educação Permanente em Saúde para a gestão democrática e a constituição do sujeito

Para a coleta de dados serão feitos grupos de discussão com os profissionais que participam do processo de educação permanente do Distrito de Saúde Sul, além da observação participante da pesquisadora nos encontros de Educação Permanente e nos encontros do grupo de facilitadores, no qual será utilizado um diário de campo para registro sistemático das observações. Também serão utilizados dados provenientes da análise documental referente ao processo (Projetos elaborados para a viabilização de programas de Educação Permanente- 2005 e 2011, relatórios de acompanhamento produzidos, produções dos encontros, material referente à capacitação de facilitadores, material de apoio ao processo, planilhas de avaliação).

Um gravador de áudio será usado para se garantir que todos os dados possam ser recuperados e analisados posteriormente, mas a identidade dos sujeitos

será preservada na transcrição das gravações e na incorporação das informações na redação da tese.

A participação na pesquisa não oferecerá nenhum tipo de prejuízo ou risco para os sujeitos, em nenhuma fase do estudo ou decorrente dele, de forma direta ou indireta. Nada do que for dito será usado contra os profissionais no decorrer do curso ou na sua avaliação de desempenho.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

A pesquisadora se compromete a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, além de retornar os resultados da pesquisa a todos os participantes.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, não restando qualquer dúvida a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito

Assinatura da Pesquisadora

Pesquisadora: Renata Lúcia Gigante

Enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/ UNICAMP

Telefones para contato: (19) 32438951 e (19) 91113622

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvidas, denúncias e/ou reclamações referentes aos aspectos éticos da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – Caixa Postal 6111 – CEP: 13083-887 – Campinas/ SP – Fone: (19) 3521 8936 – E-mail: cep@fcm.UNICAMP.br